Novembre 1996

Variations de la mortalité en relation avec le taux de pauvreté des quartiers en Outaouais urbain et dans le Québec urbain

Rapport de recherche

Régie régionale de la santé et des services sociaux
de l'Outaouais
Direction de la santé publique

Ce projet de recherche a été financé par le Programme de subventions en santé publique.

Ont collaboré à la rédaction de ce rapport :
Jean-Pierre Courteau, Josée Charlebois
et Normand Trempe;

Ont collaboré à la recherche :
Jean-Pierre Courteau, Normand Trempe,
Margaret Cousins et Lise Émond;

Traitement informatique : René Gélinas;

Traitement graphique : Josée Charlebois,
Colette Cloutier et Sylvie Bélisle.

Nous tenons à remercier sincèrement M. Russell Wilkins, analyste principal au Centre canadien d'information sur la santé, pour son aide dans la réalisation de ce projet de recherche.

Régie régionale de la santé et des services sociaux
de l'Outaouais
Direction de la santé publique
Hull (Québec)
© 1996

Dépôt légal – Novembre 1996
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-920780-43-4

SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

AET	Accidents, empoisonnements et traumatismes
APVP	Années potentielles de vie perdues
BSQ	Bureau de la statistique du Québec
DSS	Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada
ICM	Indice comparatif de mortalité
MCV	Maladies cardiovasculaires
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
NS	Non significatif
RMR	Région métropolitaine de recensement
SR	Secteur de recensement

106-0 5904 /

TABLES DES MATIÈRES

PROBLÉMATIQUE 7

ÉTAT DES CONNAISSANCES 9

QUESTIONS DE RECHERCHE 12

DEVIS DE RECHERCHE 13

SOURCES ET TRAITEMENT DES DONNÉES 15
Bureau de la statistique du Québec (BSQ) 15
Division des statistiques sur la santé (DSS), Statistique Canada 15

POPULATIONS À L'ÉTUDE 16
Individus décédés en Outaouais urbain 16
Individus décédés dans l'ensemble des RMR du Québec 16

CAUSES DE DÉCÈS 17

INDICATEURS 18
Mesure de la richesse 18
Mesure de l'état de santé 18
- Taux bruts de mortalité 18
- Espérance de vie 18
- Taux de mortalité normalisés 18
- Mortalité relative 19
- Indices comparatifs de mortalité (ICM) 19
- Années potentielles de vie perdues (APVP) 19
- Analyses supplémentaires 19

RÉSULTATS 20
La relation entre la pauvreté et la mortalité chez les hommes 22
- L'espérance de vie 22
- Gradient des taux selon le revenu 22
- Taux de mortalité standardisés «toutes causes» 23
- Principales causes de décès responsables de la surmortalité observée chez les hommes 23
- Maladies ischémiques du coeur 24
- Accidents, empoisonnements et traumatismes
- Maladies de l'appareil respiratoire
- Tumeurs malignes
- Maladies de l'appareil digestif
- Diabète
- Années potentielles de vie perdues (APVP)
- Analyses par groupes d'âge
- Analyses selon la méthode des mini-quintiles 28

La relation entre la pauvreté et la mortalité chez les femmes 29
- L'espérance de vie 29
- Gradient des taux selon le revenu 29
- Taux de mortalité standardisés «toutes causes» 30
- Principales causes de décès responsables de la surmortalité observée chez les femmes 30
- Maladies de l'appareil circulatoire 32
- Accidents, empoisonnements et traumatismes 33
- Maladies de l'appareil respiratoire 33
- Tumeurs malignes 34
- Maladies de l'appareil digestif 34
- Années potentielles de vie perdues (APVP) 34
- Analyses par groupes d'âge 35
- Analyses selon la méthode des mini-quintiles 36

DISCUSSION 37
- Les excès par rapport au Québec 37
- Les écarts entre riches et pauvres 37
- Validité et limites de l'étude 39

CONCLUSION 40

BIBLIOGRAPHIE 42

ANNEXES 45

internet courriel :

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Illustration des secteurs de recensement de la RMR Ottawa-Hull selon la proportion de la population des ménages privés vivant sous le seuil de faible revenu, 1986 21

Figure 2 Espérance de vie à la naissance, par catégories de revenu, Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain 22

Figure 3 Taux de mortalité «toutes causes», Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain 23

Figure 4 Taux de mortalité par maladies ischémiques du coeur, Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain 25

Figure 5 Taux de mortalité par suicides, Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain 25

Figure 6 Taux de mortalité par accidents de la circulation, Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain 25

Figure 7 Taux de mortalité par MPOC, Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain 25

Figure 8 Taux de mortalité par tumeurs malignes, Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain 26

Figure 9 Taux d'APVP «toutes causes», Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain 26

Figure 10 Répartition des APVP, par catégories de décès, en excès du seuil de la strate la plus riche, Hommes, Outaouais urbain, 1984-1988 ...27

Figure 11 Taux de mortalité «toutes causes», Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain 30

Figure 12 Taux de mortalité par maladies ischémiques du coeur, Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain ...31

Figure 13 Taux de mortalité par maladies cérébrovasculaires, Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain 33

Figure 14 Taux de mortalité par accidents de la circulation, Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain 33

Figure 15 Taux de mortalité par suicides, Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain 33

Figure 16 Taux de mortalité par MPOC, Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain 33

Figure 17 Taux de mortalité par tumeurs malignes, Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain 34

Figure 18 Répartition des APVP, par catégories de décès, en excès du seuil de la strate la plus riche, Femmes, Outaouais urbain 34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Régions métropolitaines de recensement du Québec, 1986 ...16

Tableau 2 Causes ou regroupements de causes de décès choisis 17

Tableau 3 Répartition de la population de l'Outaouais urbain dans les quintiles de l'ensemble des RMR du Québec (méthode de Courteau-Trempe) et dans les quintiles de la RMR Ottawa-Hull (méthode de Wilkins), 1986 ...20

Tableau 4 Mortalité relative de la strate 5 comparée à la strate 1 (S5/S1), Outaouais urbain 1984-1988, et du quintile 5 au quintile 1 (Q5/Q1), RMR du Québec 1986, hommes, causes de décès choisies 22

Tableau 5 Taux de mortalité standardisés et indices comparatifs de mortalité (ICM), hommes, Outaouais urbain 1984-1988 comparé à l'ensemble des RMR du Québec 1986, causes de décès choisies 23

Tableau 6 Indices comparatifs de mortalité (ICM) par strates de revenu, hommes, Outaouais urbain 1984-1988 comparé au quintile correspondant dans l'ensemble des RMR du Québec 1986, causes de décès choisies 24

Tableau 7 Taux de mortalité standardisés «toutes causes», hommes, 0-64 ans et tous âges, Outaouais urbain 1984-1988 et ensemble des RMR du Québec 1986. Indices comparatifs de mortalité (ICM) «toutes causes», chaque strate de la RMR Outaouais comparée au quintile correspondant dans l'ensemble des RMR du Québec 27

Tableau 8 Taux de mortalité standardisés «toutes causes», par 100 000, et indices comparatifs de mortalité (ICM), selon la méthode des mini-quintiles et selon la methode de Courteau-Treme (strates), hommes, Outaouais urbain 1984-1988 et ensemble des RMR du Québec 1986 ... ...

Tableau 9 Mortalité relative de la strate 5 comparée à la strate 1 (S5/S1), Outaouais urbain 1984-1988, et du quintile 5 au quintile 1 (Q5/Q1), RMR du Québec 1986, femmes, causes de décès choisies 29

Tableau 10 Taux de mortalité standardisés et indices comparatifs de mortalité (ICM), femmes, Outaouais urbain 1984-1988 comparé à l'ensemble des RMR du Québec 1986, causes de décès choisies 31

Tableau 11 Indices comparatifs de mortalité (ICM) par strates de revenu, femmes, Outaouais urbain 1984-1988 comparé au quintile correspondant dans l'ensemble des RMR du Québec 1986, causes de décès choisis 32

Tableau 12 Taux de mortalité standardisés «toutes causes», femmes, 0-64 ans et tous âges, Outaouais urbain 1984-1988 et ensemble des RMR du Québec 1986. Indices comparatifs de mortalité (ICM) «toutes causes» , chaque strate de la RMR Outaouais comparée au quintile correspondant dans l'ensemble des RMR du Québec 35

Tableau 13 Taux de mortalité standardisés «toutes causes» et indices comparatifs de mortalité (ICM), selon la méthode des mini-quintiles et selon les strates, femmes, Outaouais urbain 1984-1988 et ensemble des RMR du Québec 1986 36

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Indicateurs socio-économiques pour les régions métropolitaines de recensement (RMR) du Québec - Recensement 1986 45

Annexe 2 Causes de mortalité pour lesquelles l'Outaouais urbain présentait un excès par rapport au Québec (1984-1988) 45

Annexe 3 Mortalité selon certains regroupements de municipalités urbaines et le sexe, 1979-1983 46

Annexe 4 Définition d'une région métropolitaine de recensement selon Statistique Canada 46

Annexe 5 Régions métropolitaines de recensement (RMR) du Québec et municipalités composantes, 1986 47

Annexe 6 Seuils de faible revenu des unités familiales, 1985 48

Annexe 7 Secteurs de recensement d'Aylmer et Hull, recensement 1986 49

Annexe 8 Secteurs de recensement de Gatineau (partie sud), recensement 1986 50

Annexe 9 Taux de mortalité standardisés par strates de revenu, hommes, Outaouais urbain, causes de décès choisies, 1984-1988 51

Annexe 10 Taux de mortalité standardisés par quintiles de revenu, hommes, ensemble des RMR du Québec, causes de décès choisies, 1986 52

Annexe 11 Taux bruts d'APVP par strates de revenu, hommes, Outaouais urbain, causes de décès choisies, 1984-1988 53

Annexe 12 Taux bruts d'APVP par quintiles de revenu, hommes, ensemble des RMR du Québec, causes de décès choisies, 1986 54

Annexe 13 Taux de mortalité standardisés par strates de revenu, femmes, Outaouais urbain, causes de décès choisies, 1984-1988 55

Annexe 14 Taux de mortalité standardisés par quintiles de revenu, femmes, ensemble des RMR du Québec, causes de décès choisies, 1986 56

Annexe 15 Taux bruts d'APVP par strates de revenu, femmes, Outaouais urbain, causes de décès choisies, 1984-1988 57

Annexe 16 Taux bruts d'APVP par quintiles de revenu, femmes, ensemble des RMR du Québec, causes de décès choisies, 1986 58

PROBLÉMATIQUE

Le noyau urbain de l'Outaouais (Hull, Gatineau, Aylmer et leur périphérie immédiate) est une des régions les plus riches du Québec. Au recensement de 1986 le revenu moyen des familles y était de 25% supérieur à la moyenne québécoise (Émond, 1990). Lorsqu'on le comparait aux autres zones urbaines de la province, l'Outaouais urbain se classait d'ailleurs bon premier en 1986 en termes de revenu moyen et médian des familles et des individus. C'était aussi la zone urbaine du Québec où le taux d'activité était le plus élevé et où la proportion des personnes vivant sous le seuil de faible revenu était la plus basse (voir annexe 1).

L'Outaouais urbain a connu depuis 1986 un ralentissement de sa croissance économique. Sa situation demeure cependant relativement privilégiée. Au recensement de 1991, le revenu moyen des familles est encore de 14% supérieur à la moyenne québécoise (Émond, 1994). Les données de l'Enquête Santé Québec 1992-1993 confirment cette prospérité. La proportion de personnes ayant un revenu «supérieur» est deux fois plus élevée en Outaouais que dans l'ensemble du Québec. La proportion des individus qui occupent un emploi, qui ont un niveau de scolarité élevé ou qui sont aux études est également plus élevée. Les professionnels, cadres supérieurs, semi-professionnels, techniciens et cadres intermédiaires représentent une proportion plus importante de la main d'oeuvre active. À l'inverse, les contremaîtres et ouvriers qualifiés et non-qualifiés sont relativement moins nombreux en Outaouais urbain que dans l'ensemble du Québec (Enquête Santé Québec, rapport régional, 1995).

Les dernières données de Statistique Canada pour le premier trimestre de 1995, qui incluent celles de l'Outaouais rural traditionnellement «pauvre», font état d'un taux d'activité de 68,0 % pour l'Outaouais, alors que la moyenne québécoise est de 61,5%. Seule la région de Laval a un taux d'activité supérieur (Société québécoise de développement de la main d'oeuvre de l'Outaouais, 1995).

«Plus on est riche, moins on est malade et plus on meurt vieux». Depuis maintenant 30 ans, de très nombreuses études épidémiologiques faites dans différents pays soutiennent cette évidence. Ainsi, une recherche désormais classique effectuée en 1987 pour la Commission Rochon démontrait que les résidents de Westmount vivaient en moyenne 10 ans de plus que ceux de St-Henri (Hoey et al., 1987).

On s'attendrait donc à ce que l'espérance de vie en Outaouais urbain soit supérieure à celle de l'ensemble du Québec. Or il n'en est rien : l'espérance de vie à la naissance est inférieure de plus d'une année à la moyenne québécoise et cet écart ne cesse d'augmenter depuis la période 1969-1973 (Courteau et Émond, 1991). En fait, l'Outaouais urbain présente depuis au moins une vingtaine d'années une surmortalité due à un éventail de causes de décès, dont plusieurs sont reliées à la pauvreté et aux mauvaises habitudes de vie (voir annexe 2).

Comment se compare la mortalité en Outaouais urbain à celle qu'on observe dans les autres grandes villes du Québec ? Les travaux permettant ce genre de comparaisons sont plus rares que ceux comparant la région à l'ensemble du Québec. Statistique Canada et Santé et Bien-être Canada ont publié en 1984 un «Atlas de la mortalité au Canada» où les taux de décès normalisés 1973-1979 pour sept causes spécifiques et regroupements de causes de décès étaient calculés pour une série de villes canadiennes (Statistique Canada et Santé et Bien-être social Canada, 1984). En général, les taux observés en Outaouais urbain étaient plus élevés que ceux de Montréal, Québec et Sherbrooke. Ils étaient comparables à ceux de Trois-Rivières et de Chicoutimi-Jonquière, deux villes beaucoup plus

PROBLÉMATIQUE

pauvres (voir annexe 3). Le revenu annuel moyen des familles de l'Outaouais urbain était de $38 069 au recensement de 1986. Il s'élevait à $32 401 à Trois-Rivières et à $33 949 à Chicoutimi-Jonquière.

Comment s'explique cette divergence apparente entre richesse et santé en Outaouais urbain ? Selon un raisonnement maintes fois repris par les chercheurs de la région, la richesse «supplémentaire» découlant des salaires relativement élevés des fonctionnaires ne procurerait pas d'avantages en termes de mortalité. Pour simplifier, on peut formuler l'hypothèse suivante : la richesse est peut-être moins «protectrice» qu'ailleurs au Québec parce qu'elle est «artificielle». Tout se passe comme si nombre d'individus «riches» habitant en Outaouais urbain avaient des caractéristiques de santé (facteurs biologiques et génétiques, habitudes de vie, etc...) qui les apparentaient à des personnes de revenu inférieur. Les données du recensement de 1986 indiquent d'ailleurs que la population de l'Outaouais urbain, quand on la compare à la population des autres grandes villes du Québec, n'a pas un niveau de scolarité relatif aussi élevé que son niveau de revenu (annexe 1). L'enquête sociale et de santé 1992-1993 montre que le niveau de scolarité de la population âgée de 15 ans et plus en Outaouais urbain n'est que légèrement supérieur à la moyenne québécoise, alors que la distribution des répondants selon le revenu est nettement plus à l'avantage de l'Outaouais.

Une autre hypothèse fréquemment mentionnée veut que l'excès de mortalité observé soit concentré dans les classes les plus pauvres. Selon cette hypothèse les pauvres de l'Outaouais urbain, à revenu égal, auraient des habitudes de vie et des comportements encore pires que ceux de leurs semblables résidant ailleurs au Québec, et ils mourraient plus jeunes. Cette hypothèse est plausible: l'enquête Santé Québec a montré que la population de l'Outaouais, dont 70% est concentrée dans la zone urbaine, rapporte une consomma-tion plus impor-tante d'alcool et de tabac (Pampalon & al, 1990 ; Département de santé communautaire de l'Outaouais, 1990). Il est possible que cette surconsommation soit largement concentrée dans les classes les plus pauvres du noyau urbain de la région.

Il devient alors intéressant de considérer la question sous un angle différent : comment se compare la mortalité des riches de l'Outaouais à celle des riches du Québec ? Celle des pauvres à celle des pauvres de l'ensemble du Québec ? Ou encore : comment la surmortalité observée en Outaouais urbain se distribue-t-elle à travers les différentes catégories de revenu ? Est-elle distribuée uniformé-ment ? Suit-elle, par exemple, une gradation de la classe la plus pauvre à la classe la plus riche ?

Notre étude se limite à l'Outaouais urbain parce que sa faisabilité repose sur la disponibilité de données de mortalité organisées par secteurs de recensement. La Division des statistiques sur la santé (DSS) possède de telles données seulement pour les régions métropolitaines de recensement (RMR). Ces données sont disponibles pour 1971 et 1986 et seront bientôt disponibles pour 1991. Dans les régions rurales et semi-rurales, les études par secteurs de recensement sont moins intéressantes, notamment parce que plusieurs secteurs couvrent de grandes étendues géographiques et que l'homogénéité de la population est moins grande. En ville, la notion de «secteur de recensement» s'apparente à celle de «quartier», les SR urbains étant conçus «avec l'aide de spécialistes locaux qui s'intéressent à la recherche en sciences sociales et en urbanisme...» [pour obtenir] «...la plus grande homogénéité possible du point de vue économique et social» (Statistique Canada, 1982).

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Toutes les recherches effectuées au cours des 30 dernières années arrivent aux mêmes conclusions : que ce soit par quartier ou au niveau des individus, il existe un gradient de santé en fonction du niveau socio-économique. Ce concept, ainsi que celui de «classe sociale», a été mesuré traditionnellement par le revenu, la profession, la scolarité, ou une combinaison de ces facteurs. Quelle que soit la mesure utilisée et quels que soient le groupe d'âge ou le pays considéré, il existe un gradient dans la morbidité et la mortalité attribuables à la grande majorité des maladies (Colin, 1990; Syme, Berkman, 1976). Cette relation universelle entre pauvreté et maladie pourrait remonter aussi loin que le XIIe siècle (Antonovsky, 1967).

Les inégalités entre les classes commencent dès la naissance : les femmes les plus défavorisées, qui sont aussi les moins scolarisées, ont deux fois plus de chances d'accoucher d'un nouveau-né de poids insuffisant. Les taux de mortalité infantile doublent quand on passe du quintile le plus riche (quintile 1) au quintile le plus pauvre (quintile 5) (Colin, 1989). Les inégali-tés entre les classes de revenu persistent tout au long de la vie et touchent tous les domaines, y compris la santé mentale.

Russell Wilkins, Owen Adams et Anna Brancker ont réalisé en 1989 une étude descriptive de la mortalité par quintiles de revenu dans les régions urbaines du Canada, qui regroupent environ 60% de la population du pays. Ils ont observé une gradation régulière de la mortalité, allant des secteurs de recensement les plus riches aux secteurs les plus pauvres, pour presque toutes les causes et regroupements de causes de décès (Wilkins & al, 1989). Ils ont aussi observé que le rapport entre le taux de mortalité du quintile 5 et celui du quintile 1 a légèrement diminué au Canada entre 1971 et 1986, alors que ce rapport a plutôt tendance à augmenter dans la plupart des pays développés (Blaxter, 1983). Ceci indiquerait un relatif succès dans la lutte pour la réduction des inégalités au Canada.

Quand on considère les données par causes spécifiques et regroupements de causes de décès, on constate cependant que l'objectif de «Santé pour tous en l'an 2000» (Organisation Mondiale de la Santé, 1988) est encore loin d'être atteint. Plusieurs causes de décès affectent davantage les classes pauvres au Canada. Ainsi en 1986 le taux de décès par cancers était de 22% plus élevé dans le quintile 5 que dans le quintile 1. Les écarts pour les causes de décès directement reliées au tabagisme étaient très importants : 69% pour le cancer du poumon, 35% pour les maladies de l'appareil respiratoire et 22% pour les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies cardiaques ischémiques. Par ailleurs les décès dus à la cirrhose du foie et les suicides étaient deux fois plus fréquents dans le quintile le plus pauvre. Par contre, d'autres causes de décès touchaient à peu près également les personnes les plus riches et les plus défavorisées : cancer du sein et accidents de la route. Enfin les décès par cancer de la prostate étaient plus fréquents dans le quintile le plus riche.

Wilkins et al. ont aussi calculé des taux bruts d'années potentielles de vie perdues (0-74 ans) et ont établi à 20% environ la proportion des années de vie perdues qui était attribuable aux inégalités selon le revenu en 1986. Les causes de décès qui contribuaient le plus aux différences observées étaient les maladies de l'appareil circulatoire, les traumatismes et les tumeurs malignes.

La question fondamentale à la base de toutes les recherches sur les inégalités en matière de santé demeure celle-ci : comment s'expliquent-elles ? Une première théorie, celle de la «sélection naturelle», veut que ce ne soit pas la pauvreté qui entraîne la maladie, mais la maladie qui entraîne la pauvreté. Cette explication est effective-ment valable par exemple dans le cas des handicapés, des schizophrènes et des personnes atteintes du sida mais elle n'explique qu'environ 10% de l'ensemble du lien constaté entre pauvreté et santé (Wilkinson, 1986).

ÉTAT DES CONNAISSANCES

La plus grande partie de l'explication réside donc dans l'autre théorie qui, à l'opposé, propose que ce sont les caractéristiques des individus pauvres qui déterminent leur susceptibilité accrue à la maladie. De façon intuitive, nous attribuons effectivement aux classes défavorisées des caractéristiques de santé défavorables : héritage génétique et biologique déficient, mauvaises habitudes de vie, environnement malsain et utilisation sous-optimale des services de santé. La chaîne de causalité implicite que nous établissons entre la richesse et l'état de santé est la suivante :

Différences dans la richesse
▼
Différences dans les déterminants
(biologie, environnement, habitudes de vie, services de santé)
▼
Différences dans l'état de santé

L'enquête Santé Québec a montré qu'effectivement les personnes très défavorisées consomment davantage d'alcool et de tabac, vivent plus d'événements stressants et ont un niveau d'intégration sociale et un réseau de support moins bons que les personnes plus favorisées. Elles rapportent aussi presque trois fois plus d'idées suicidaires que les personnes appartenant aux classes moyenne et favorisée, leur état de santé physique et mentale est plus précaire et la perception qu'elles ont de leur état de santé est aussi moins bonne. Enfin les individus provenant des classes défavori-sées sont de plus grands consommateurs de médicaments prescrits et sont hospitalisés plus fréquemment (Colin, Lavoie, Poulin, 1989).

Le lien entre ces caractéristiques et la mortalité est cependant moins fort qu'attendu. L'étude longitudinale Alameda County en Californie a mesuré la mortalité par quartiers et par secteurs, catégorisés selon leur niveau relatif de pauvreté. Après 18 ans de suivi, plus de 50% de l'écart entre les taux de décès des quartiers riches et ceux des quartiers pauvres ne pouvait pas être expliqué par un des facteurs ou une combinaison des facteurs suivants : âge, sexe, race, tabagisme, consommation d'alcool, habitudes de sommeil, activité physique, indice de poids corporel, hypertension artérielle, troubles cardiaques, diabète ou cancer (Kaplan, 1985).

De même, les recherches faites dans différents pays au cours des 50 dernières années confirment que la pauvreté est associée à certains types d'emplois, lesquels sont associés à leur tour à une prévalence plus élevée d'obésité, de tabagisme, de sédentarité et de diverses maladies chroniques. Pourtant, tous ces facteurs combinés n'expliquent pas plus de 40% des écarts dans la mortalité par maladies cardiovascu-laires entre les travailleurs occupant des emplois bas de gamme et ceux qui occupent des emplois haut de gamme (Marmot, 1978 et 1984).

Cette contribution plutôt limitée des facteurs de risque connus aux écarts de mortalité entre riches et pauvres a amené plusieurs chercheurs à poser l'hypothèse selon laquelle la surmortalité dans les classes défavorisées serait reliée à des facteurs psycho-sociaux (Syme, Berkman, 1976). Cette hypothèse est considérée comme celle qui reflète le mieux l'état actuel des connaissances sur le sujet.

On savait déjà que les personnes économiquement faibles avaient un plus grand risque d'être malheureuses, de souffrir de dépression, d'avoir une faible estime de soi, de se culpabiliser et de se sentir inutiles (Harding, 1987; Lerner, 1986). Leurs mauvaises habitudes de vie constitueraient une réponse au stress et une tentative pour contrer les effets de l'isolement et de l'aliénation (Hibbard, 1988). L'ensemble de ces facteurs créerait un -réseau de déterminants de santé- qui viendrait renforcer le sentiment omniprésent d'une impuissance relative, le sentiment de ne pas contrôler sa propre existence (Haan et al., 1989; Antonovsky, 1980). Les individus prisonniers de ce

ÉTAT DES CONNAISSANCES

réseau seraient moins à même de prendre des mesures personnelles ou collectives pour changer leurs conditions de vie et améliorer leur santé.

• • •

L'état des connaissances sur l'origine des inégalités de santé nous amène donc à postuler l'existence en Outaouais urbain d'un «réseau de déterminants» généralement moins favorables que dans l'ensemble des grandes villes du Québec. De même qu'ils n'expliquent pas de façon entièrement satisfaisante les écarts de mortalité entre les classes de revenu, les déterminants connus ne peuvent expliquer à eux seuls les écarts observés avec le Québec. On peut postuler que la situation frontalière de l'Outaouais et son rôle de ville-soeur francophone de la capitale fédérale puissent entraîner des conditions particulières qui influencent négativement l'état de santé: migrations plus nombreuses, émigration sélective vers Ottawa d'une population francophone plus favorisée, réseau de support social plus faible, identité culturelle dysfonctionnelle, sentiment d'appartenance à la communauté moins fort, sentiment de dépendance accrue face aux emplois de la fonction publique fédérale, etc. L'impact négatif de la situation «frontalière» de l'Outaouais québécois a été abondamment décrit et discuté, notamment dans les rapports du *Comité Outaouais 2050* et du *Comité Outaouais* («Rapport Beaudry»).

Selon le modèle théorique, certains déterminants psycho-sociaux reliés à la situation «frontalière» de l'Outaouais urbain agiraient en synergie avec les facteurs de risque connus pour annuler l'effet protecteur de la richesse relative de sa population. Ceci irait dans le sens de la littérature récente qui souligne l'influence déterminante des facteurs culturels et psycho-sociaux sur l'état de santé, et en l'occurrence sur la mortalité.

Nous ne vérifierons pas ces hypothèses dans la présente étude. Nous n'en sommes pas encore là. Dans un premier temps, nous nous limiterons à décrire et à explorer l'apparente inadéquation entre la richesse et le mauvais état de santé de la population habitant la zone urbaine de l'Outaouais. Les résultats de notre étude permettront notamment de mesurer l'impact spécifique des inégalités de revenu sur l'état de santé de la population de l'Outaouais urbain. Ils jetteront également un éclairage nouveau sur les excès de mortalité observés dans la région depuis plus de 25 ans, en quantifiant et en distribuant ces excès en fonction du revenu moyen des quartiers.

QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Comment les taux de mortalité spécifiques à chaque catégorie de revenu en Outaouais urbain se comparent-t-ils à ceux observés dans les populations de revenu identique de l'ensemble des grandes villes du Québec?

2. La gradation de la mortalité selon le revenu en Outaouais urbain diffère-t-elle de celle observée dans l'ensemble des grandes villes du Québec?

DEVIS DE RECHERCHE

Cette étude exploratoire de type écologique examine la mortalité en fonction du taux de pauvreté des quartiers (ou secteurs de recensement) dans les métropoles régionales du Québec (RMR), soit Montréal, Québec, Sherbrooke, Chicoutimi-Jonquière, Trois-Rivières et l'Outaouais urbain (voir la définition d'une RMR à l'annexe 4). Le terme «écologique» réfère au fait que c'est un indicateur du revenu moyen du quartier et non le revenu individuel qui est utilisé comme mesure de la richesse.

Notre devis de recherche est calqué sur celui développé par Wilkins, Adams et Brancker dans leur étude sur «l'évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986». Il s'en démarque cependant sur un aspect important, soit la méthode de construction des quintiles. La méthode de Wilkins produit des quintiles regroupant des secteurs dont la richesse **relative** au sein de chaque RMR est similaire. La nôtre produit plutôt des quintiles composés de secteurs de recensement similaires en regard d'une mesure **absolue** de la richesse, en l'occurrence la «proportion des ménages vivant sous le seuil de faible revenu», sans égard à leur appartenance à l'une ou l'autre des RMR. Nous postulons que cette méthode permet de mieux répondre à nos questions de recherche, et en particulier à la première. Afin de mieux comprendre la différence entre les deux méthodes, nous allons décrire chacune en détail.

Les analyses de Wilkins et al. portaient sur l'ensemble des RMR du Canada. Dans un premier temps, les secteurs de recensement au sein de **chacune** des RMR ont été ordonnés du plus riche au plus pauvre, c'est-à-dire en ordre croissant de «pourcentage des ménages vivant sous le seuil de faible revenu». Dans un deuxième temps, les secteurs ainsi ordonnés ont été regroupés en quintiles de richesse décroissante, c'est-à-dire en cinq tranches contenant chacune 20% de la population. Dans un troisième temps, les quintiles homologues de toutes les RMR du Canada ont été regroupés pour former de grands quintiles «nationaux». Chacun de ces grands quintiles comprenait donc à la fois 20% de la population totale de l'ensemble des RMR du Canada et 20% de la population de **chacune** des RMR. Les quintiles constitués selon la méthode de Wilkins regroupent des populations qui se situent approximativement au même rang de l'échelle sociale dans leurs localités respectives. En revanche, les secteurs regroupés au sein d'un quintile pouvaient théoriquement différer sensiblement en termes de «pourcentage des ménages vivant sous le seuil de la pauvreté». C'est le concept de «richesse relative» plutôt que de «richesse absolue».

Puisque notre principale question de recherche fait implicitement référence au concept de richesse «absolue», nous avons procédé différemment pour définir nos unités géographiques de comparaison. Nous avons d'abord scindé la RMR Ottawa-Hull en deux parties, l'une ontarienne et l'autre québécoise. Cette dernière est considérée dans notre étude comme une région métropolitaine à part entière, même si elle représente une section «artificielle» de la RMR Ottawa-Hull au sens de Wilkins. Les 6 RMR du Québec que nous étudierons sont donc l'Outaouais urbain, Sherbrooke, Chicoutimi, Trois-Rivières, Québec et Montréal. Nous avons d'abord constitué un «pool» des quelque 1000 secteurs de recensement de ces 6 RMR. Nous avons ensuite ordonné les secteurs du plus riche au plus pauvre, c'est-à-dire en ordre croissant de «pourcentage de familles vivant sous le seuil de faible revenu». Enfin, nous avons procédé à la construction des quintiles, indépendamment des RMR, sur la base des décomptes de population de chacun des secteurs au recensement de 1986 ("méthode de Courteau-Trempe"). La population de chaque RMR pouvait donc être distribuée de façon inégale entre les quintiles.

DEVIS DE RECHERCHE

En fait, la procédure que nous avons utilisée est identique à celle que Wilkins a employée dans **chacune** des RMR, sauf qu'elle est appliquée à **l'ensemble** des 1000 secteurs de recensement provenant des 6 RMR du Québec. Fait à noter, les quintiles ainsi constitués, comme ceux de Wilkins d'ailleurs, comprennent en réalité **environ** 20% de la population totale, car aucun secteur de recensement n'a été brisé (les secteurs «à cheval» entre deux quintiles ont été attribués à l'un ou à l'autre).

Dans notre étude, la mortalité observée dans les quintiles est comparée à celle d'unités correspondantes de l'Outaouais urbain que nous désignons sous le nom de «strates», parce qu'elles ne contiennent pas nécessairement 20% de la population. Pour former ces strates, nous avons simplement extrait, de chacun des quintiles, les secteurs de recensement de l'Outaouais urbain. Les secteurs provenant du quintile 1 forment la strate 1, les secteurs provenant du quintile 2 forment la strate 2, et ainsi de suite. Les strates contiennent en fait des populations habitant des quartiers de richesse similaire à celles du quintile correspondant.

Dans le présent rapport, nous réserverons le terme «quintile» à l'ensemble des RMR et celui de «strate» à l'Outaouais urbain. Nous parlerons de «catégories» de revenu pour désigner indifféremment les strates et quintiles. De plus, afin d'alléger le texte, nous parlerons souvent de comparaisons avec le «Québec» ou avec «l'ensemble du Québec» pour faire référence à l'ensemble des RMR du Québec, et de «l'Outaouais» pour faire référence à l'Outaouais urbain. Ce sont d'ailleurs les deux seules entités géographiques qui sont considérées dans la présente étude.

Nous allons comparer, à l'aide de différents indicateurs, la mortalité observée dans chacune des strates durant la période 1984-1988, à celle observée dans les quintiles correspondants durant l'année médiane 1986. Nous allons aussi comparer la mortalité d'une strate à l'autre et d'un quintile à l'autre, et apprécier les écarts respectifs de mortalité entre les classes de revenu extrêmes en Outaouais et au Québec pour un ensemble de causes de décès.

SOURCES ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Bureau de la statistique du Québec (BSQ)

Le BSQ nous a transmis une copie du Fichier des décès du Québec, comprenant tous les décès de résidents de l'Outaouais survenus de 1984 à 1988 inclusivement. Cette copie du Fichier était différente de celle déjà archivée à la Direction de la santé publique parce qu'elle comprenait un numéro de matricule correspondant au certificat de décès. Un premier examen du Fichier a permis d'identifier (1) les enregistrements pour lesquels le code postal était inexistant, incomplet ou erroné et (2) ceux dont le code postal correspondait à un établissement de santé comptant 10 résidents et plus. Le BSQ nous a ensuite fourni, après autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec, les photocopies des certificats de décès correspondant à ces enregistrements. Les établissements de santé ont été identifiés grâce à la «Liste des établissements de soins pour bénéficiaires internes au Canada, 1986».

Division des statistiques sur la santé (DSS), Statistique Canada

Nous avons procédé à un examen de chaque certificat de décès et généré le code postal à l'aide du logiciel INFOCODE[MC]. L'adresse de résidence nous a également servi à identifier les décès de personnes qui résidaient en institution. À l'instar de Wilkins, nous avons éliminé ces enregistrements lors de l'analyse parce que les revenus des résidents d'établissements de santé ne sont pas nécessairement représentatifs de ceux du quartier. À l'inverse, les enregistrements de personnes décédées dont le code postal de résidence était le même que celui d'une institution, mais qui habitaient en fait dans le voisinage de celle-ci, seront retenus pour l'analyse.

La liste des codes postaux générés par INFOCODE a ensuite été envoyée à Statistique Canada, qui a attribué à chaque code postal un secteur de recensement au moyen du logiciel GÉOCODES/FCCP, version 2, un logiciel de codage géographique basé sur le fichier de conversion des codes postaux. Comme cette attribution était faite en vertu du découpage territorial au recensement de 1991, il a fallu ensuite retraiter le fichier pour revenir au découpage de 1986. Ce traitement a été effectué à l'aide du «Fichier de correspondance des secteurs de dénombrement 1991-1986» et de la «Liste de référence des secteurs de dénombrement par secteur de recensement pour les RMR, 1986». Nous avons résolu les problèmes particuliers d'attribution à l'aide de répertoires de rues, de cartes et d'autres documents de référence.

La DSS nous a fourni un fichier des décès survenus parmi la population non institutionnalisée des RMR du Québec durant l'année 1986, par quintile de revenu, pour 47 causes et regroupements de causes, et par sexe et groupes d'âge quinquennaux (0-1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, ..., 95 ans et plus). Les données sur les décès provenant de la DSS ont été tirées de la base canadienne de données sur la mortalité. La DSS a attribué à chaque individu décédé le secteur de recensement de sa résidence à partir de l'adresse inscrite sur le certificat de décès, au moyen du logiciel GÉOCODES/FCCP, version 1. La DSS nous a également fourni la structure d'âge de la population non-institutionnalisée de chaque secteur au recensement de 1986, sexes séparés, ainsi que les «fréquences des unités à faible revenu», par secteurs de recensement, pour les RMR du Québec en 1986.

POPULATIONS À L'ÉTUDE

Individus décédés en Outaouais urbain

Il s'agit de tous les individus non-institutionnalisés résidant sur le territoire de l'Outaouais urbain et décédés durant la période s'étendant du 1er janvier 1984 au 31 décembre 1988. L'Outaouais urbain comprend les municipalités de Hull, Gatineau (qui incluait Cantley à l'époque), Aylmer, Pontiac, La Pêche, Val-des-Monts, Masson-Angers et Buckingham.

Individus décédés dans l'ensemble des RMR du Québec

Il s'agit de tous les individus décédés dans les 6 régions métropolitaines de recensement de la province de Québec, entre le 1er janvier 1986 et le 31 décembre 1986. Une liste des villes ou municipalités composant chacune des RMR est présentée à l'annexe 5. Ensemble elles regroupent plus de 4 millions d'habitants répartis sur environ 1000 secteurs de recensement. Le tableau 1 donne le nombre de secteurs par RMR, la population de chaque RMR et le nombre approximatif de décès observés en 1986. ■

Tableau 1 Régions métropolitaines de recensement du Québec, 1986.

RÉGIONS MÉTROPOLITAINES DE RECENSEMENT	NOMBRE DE SECTEURS DE RECENSEMENT	POPULATION TOTALE (1986)	NOMBRE APPROXIMATIF DE DÉCÈS (1986)
MONTRÉAL	723	2 921 355	20 873
QUÉBEC	138	603 265	4 080
SHERBROOKE	31	129 960	1 004
TROIS-RIVIÈRES	31	128 890	975
CHICOUTIMI-JONQUIÈRE	32	158 465	946
OTTAWA-HULL (CÔTÉ QUÉBÉCOIS)	48	200 215	1 151
TOTAL	1003		29 029

internet :

courriel :

CAUSES DE DÉCÈS

Nous avons choisi d'étudier 17 causes ou regroupements de causes de décès. Quinze ont été retenus parce que l'Outaouais urbain présente des taux supérieurs aux taux québécois. Deux autres causes, le cancer du sein et le cancer de la prostate, seront étudiées en raison de leur importance pour la santé publique. Les causes et regroupements de causes choisis sont présentés au tableau 2.

Tableau 2 Causes ou regroupements de causes de décès choisis.

- Toutes causes —
- Tumeurs malignes
  - Cancer du poumon
  - Cancer du sein
  - Cancer colorectal
  - Cancer du col de l'utérus
  - Cancer de la prostate
- Maladies de l'appareil circulatoire
  - Maladies ischémiques du coeur
  - Maladies cérébrovasculaires
- Maladies de l'appareil digestif
  - Cirrhose et alcoolisme
- Maladies de l'appareil respiratoire
  - Maladies pulmonaires obstructives chroniques
- Accidents, empoisonnements et traumatismes
  - Suicide
  - Accidents de véhicule moteur

INDICATEURS

Mesure de la richesse

Notre étude est de type écologique. Il nous est donc impossible de faire le lien entre le revenu individuel et l'état de santé des personnes. Cependant, il est maintenant bien établi que l'approche écologique reproduit le gradient pauvreté-santé observé dans les études où on utilise le revenu individuel ou le revenu des familles (Wilkins, R. et al., 1989; Colin, C., 1990).

La variable utilisée pour départager les niveaux socio-économiques sera le seuil de faible revenu tel que déterminé par Statistique Canada pour l'année 1985. Pour établir ce seuil, Statistique Canada détermine quelle portion de son revenu brut la famille canadienne moyenne affecte aux besoins essentiels d'alimen-tation, d'habille-ment et de logement. Cette proportion est ensuite majorée de 20 points de pourcen-tage pour obtenir un seuil de faible revenu équivalent à 58.5% du revenu brut en 1985. Cette mesure est modulée en tenant compte de la taille de la famille et en fonction de l'importance de la communauté habitée. Le seuil est plus élevé dans les grandes agglomérations que dans les petites villes et le milieu rural (Ross, D., Shillington, R., 1989) (voir annexe 6). Statistique Canada estime en effet qu'il en coûte plus cher pour habiter les grandes villes.

Le seuil de faible revenu utilisé pour l'Outaouais urbain est celui de l'ensemble de la RMR Ottawa-Hull, donc celui d'une agglomération de 500 000 habitants et plus, comme Québec et Montréal. Même si notre étude porte strictement sur la partie québécoise de la RMR (population d'environ 200 000), nous croyons justifié d'utiliser le seuil de l'ensemble de l'agglomération urbaine. En effet, le coût de la vie en Outaouais urbain reflète à plusieurs égards une économie de marché qui est indépendante des juridictions politiques ou administratives.

Mesure de l'état de santé

La mortalité est reconnue comme étant une des meilleures mesures de l'état de santé. Il existe une bonne corrélation entre l'état de santé et la mortalité, «le décès étant un *événement* unique toujours décelable (constat) et presque toujours rapporté» (Brunelle, Y., Rochon, M. 1991). L'Enquête Santé Québec 1992-1993 démontre que les régions les plus mal en point pour une série d'indicateurs de santé sont également celles qui ont les plus hauts taux de mortalité (Santé Québec 1992-1993, volume 3, Variations géographiques de la santé). Il est aussi bien établi que l'analyse de la mortalité et celle de l'incidence de nombreux problèmes de santé se rejoignent par la mise en évidence de marqueurs de risque communs (Péron, Y., Strohmenger, C., 1985).

Taux bruts de mortalité

Pour chacune des strates et chacun des quintiles, nous avons calculé les taux bruts de décès par groupes d'âge quinquennaux et par sexe, pour les 17 causes et regroupements de causes que nous avons choisis. Ces taux bruts ont servi à constituer les tables de survie et à calculer les taux normalisés qui sont utilisés dans les analyses comparatives.

Espérance de vie

Nous avons appliqué la méthode de Chiang (1984) pour constituer, à partir des taux de décès spécifiques à chaque sexe, des tables de survie abrégées pour les hommes et pour les femmes, par strates et par quintiles, et pour l'Outaouais urbain et l'ensemble des RMR du Québec.

Taux de mortalité normalisés

Des taux normalisés (ou «standardisés») ont été calculés pour les hommes et pour les femmes séparément. Cette opération fait appel à la structure d'âge d'une troisième population, ou «population de référence», en l'occurrence celle du Canada en 1971, sexes réunis. Nous utilisons la même

INDICATEURS

population de référence pour les deux sexes, de sorte que les taux standardisés des hommes et des femmes sont directement comparables. La variance de chaque taux a été déterminée selon la méthode d'Armitage (1971). Les différences normalisées entre les taux standardisés et leur signification statistique ont été calculées selon la méthode décrite par Semenciw (1995), basée sur celle de Breslow et Day (1987). Les résultats sont présentés graphiquement sous forme d'histogrammes montrant, pour chacune des causes de décès, les taux normalisés de l'Outaouais urbain et de l'ensemble des RMR. Tous ces taux sont directement comparables avec ceux cités dans nos publications antérieures sur la mortalité en Outaouais.

Mortalité relative

Comme Wilkins, nous traduisons la mortalité relative des pauvres par rapport à celle des riches en calculant le rapport du taux normalisé de la catégorie 5 (strate ou quintile) à celui de la catégorie 1, multiplié par 100. Nous appellerons cet indicateur «Q5/Q1» pour l'ensemble des RMR et «S5/S1» pour l'Outaouais urbain.

Indices comparatifs de mortalité (ICM)

Des ICM pour l'ensemble de l'Outaouais urbain, ainsi que des ICM spécifiques à chacune des strates de revenu, ont été produits pour comparer la mortalité des résidents de la RMR à celle de leurs homologues du Québec. Les ICM ont été produits pour chaque sexe. Pour le calcul des ICM, le nombre de décès observés en Outaouais urbain a été comparé au nombre de décès attendus, ces derniers étant calculés sur la base des taux bruts observés dans l'ensemble des RMR et de la structure d'âge de la population de l'Outaouais urbain (standardisation par la méthode indirecte). Des intervalles de confiance à 95% et à 99% ont été calculés sur les ICM par la méthode de Semenciw (1994), inspirée de celle de Ury et Wiggins (1985).

Années potentielles de vie perdues (APVP)

La méthode décrite par Romeder et McWhinnie (1977) a été utilisée pour calculer les années potentielles de vie perdues avant 75 ans. Contrairement à la plupart des mesures des APVP effectuées à d'autres fins, nous avons tenu compte dans nos calculs de la mortalité infantile, comme l'ont fait Wilkins, Adams et Brancker. Encore une fois, cet indicateur a été calculé pour chacune des strates et des quintiles, ainsi que pour l'ensemble de l'Outaouais urbain et des RMR du Québec. Nous calculerons des taux bruts d'années potentielles de vie perdues et ils seront exprimés par 100 000 habitants.

La part des APVP attribuable aux inégalités de revenu a été calculée pour les hommes et pour les femmes. Il s'agit de la proportion du total des années de vie perdues qui pourrait être éliminée si le taux d'APVP observé dans la strate la plus riche s'appliquait dans les populations des quatre autres strates. Ces APVP «évitables» ont été analysées par causes et catégorie de décès.

Analyses supplémentaires

Les données sur les décès ont aussi été analysées par grands groupes d'âge, soit 0-64 ans, 35-64 ans et 65 ans et plus. Ces analyses sont complémentaires à celles des APVP et nous servent surtout à caractériser la mortalité préma-turée chez les hommes et les femmes.

Les données ont aussi été analysées selon une méthode de construction des quin-tiles apparentée à celle utilisée par Wilkins et al., mais considérant la portion québécoise de la RMR Ottawa-Hull comme une RMR en soi ("méthode des mini-quintiles"). Nous nous sommes surtout intéressés aux différences entre les résultats obtenus selon l'une et l'autre méthode de construction des quintiles, ainsi qu'à la signification de ces différences dans le cadre théo-rique de la relation pauvreté-mortalité.

RÉSULTATS

L'Outaouais, une région à la fois riche et pauvre

Lorsqu'on la compare au reste du Québec, la partie urbaine de l'Outaouais québécois semble favorisée sur le plan socio-économique. Vingt-six pour cent de la population de l'Outaouais urbain se retrouve dans le premier quin-tile de revenu de l'ensemble des RMR du Québec. À l'opposé, seulement 12% des habitants de l'Ou-taouais urbain se retrouvent dans le quin-tile le plus pauvre.

À l'inverse, l'Outaouais urbain apparaît relativement pauvre lorsqu'on le compare à la ville d'Ottawa et sa périphérie ontarienne. Cette «pauvreté relative» est bien illustrée par la représentation cartographique des secteurs de recensement de la RMR Ottawa-Hull par quintiles de revenu (voir figure 2 et annexes 7 et 8 pour les cartes détaillées). Les secteurs appartenant aux quintiles 1 et 2 de la RMR Ottawa-Hull sont très peu nombreux du côté québécois. En fait, seulement 6,8% de la population de l'Outaouais urbain se retrouve dans le quintile 1. On retrouve par contre plus de 60% de la population habitant du côté québécois dans les deux quintiles les plus pauvres de la RMR.

Le contraste entre la pauvreté relative de l'Outaouais urbain au sein de la RMR Ottawa-Hull et sa prospérité comparativement aux autres grandes villes du Québec peut être appréciée dans le tableau 3. La population de l'Outaouais urbain, répartie selon «Courteau-Trempe», se retrouve majoritairement dans les quintiles 1, 2 et 3. À l'opposé, la répartition selon Wilkins place la plus grande partie de cette population dans les quintiles 3, 4 et 5 de la RMR Ottawa-Hull.

Tableau 3 Répartition de la population de l'Outaouais urbain dans les quintiles de l'ensemble des RMR du Québec (méthode de Courteau-Trempe) et dans les quintiles de la RMR Ottawa-Hull (méthode de Wilkins), 1986.

Quintile	Méthode de Courteau - Trempe		Méthode de Wilkins	
	Population	Pourcentage	Population	Pourcentage
1	52 056	26,0	13 615	6,8
2	40 443	20,2	14 816	7,4
3	55 660	27,8	49 053	24,5
4	27 229	13,6	75 881	37,9
5	24 827	12,4	46 850	23,4
TOTAL	200 215	100,0	200 215	100,0

VARIATIONS DE LA MORTALITÉ

RÉSULTATS

Pour des raisons techniques, le graphique suivant n'est pas disponible en format pdf, mais vous pouvez vous les procurer sur demande.

Figure 1 : Illustration des secteurs de recensement de la RMR Ottawa-Hull selon la proportion de la population des ménages privés vivant sous le seuil de faible revenu, 1986

RÉSULTATS

La relation entre la pauvreté et la mortalité chez les hommes

L'espérance de vie

En Outaouais urbain, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre la strate de revenu le plus élevé et la strate la plus pauvre est de 6,5 années. L'écart correspondant pour les RMR du Québec est de 5,7 années et celui mesuré par Wilkins pour l'ensemble des RMR du Canada en 1986 était de 5,6 années.

Toutes catégories de revenu confondues, l'espérance de vie des hommes de la région est de 71,1 années contre 72,5 années au Québec. L'espérance de vie est plus faible dans toutes les strates de revenus, comparativement au quintile québécois correspondant (figure 2).

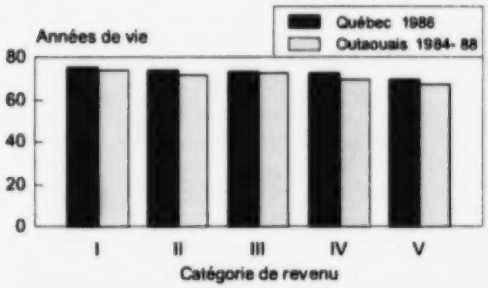

Figure 2 - Espérance de vie à la naissance, par catégories de revenu Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain

Gradient des taux selon le revenu

À l'instar de Wilkins, nous avons observé dans notre étude une association entre la «proportion des ménages vivant sous le seuil de la pauvreté» et la mortalité, tant dans l'ensemble des RMR du Québec que dans les secteurs de l'Outaouais urbain. Cette association, mesurée par les indicateurs Q5/Q1 et S5/S1, semble plus forte dans la région que dans l'ensemble des RMR, comme on peut le voir au tableau 4. Les rapports observés dans la région sont généralement plus élevés que ceux du Québec. Pour le cancer de la prostate et les accidents de la circulation, ils suivent la tendance générale, alors qu'au Québec ces causes de décès affectent davantage les riches. Les écarts les plus importants entre les riches et les pauvres sont reliés aux maladies de l'appareil digestif (incluant «cirrhose et alcoolisme»), aux maladies respiratoires chroniques, au suicide et au cancer du poumon.

Tableau 4 Mortalité relative de la strate 5 comparée à la strate 1 (S5/S1), Outaouais urbain, 1984-88, et du quintile 5 au quintile 1 (Q5/Q1), RMR du Québec, 1986, hommes, causes de décès choisies.

	Outaouais S5/S1	Québec Q5/Q1
Toutes causes	175	145
TUMEURS MALIGNES	154	145
Poumon	235	187
Sein	-	-
Colorectal	127	141
Prostate	135	90
Utérus	-	-
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	167	131
Maladies ischémiques	157	136
Maladies cérébrovasculaires	190	134
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	307	197
Cirrhose et alcoolisme	217	257
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	260	151
Bronchite, asthme, emphysème	283	181
ACCIDENTS, EMPOISONNMENTS, TRAUMATISMES		
Suicides	171	168
Accidents de la circulation	168	211

RÉSULTATS

Taux de mortalité standardisés «toutes causes»

On observe un excès de mortalité «toutes causes» de 12% chez les hommes de l'Outaouais urbain pour la période 1984-1988. Notre étude démontre que cet excès est distribué à travers toutes les catégories de revenu (figure 3). Les excès les plus grands, tant en nombres absolus qu'en proportion du total de décès de la strate, se retrouvent cependant dans les deux strates les plus pauvres. À eux seuls, les décès excédentaires observés dans les strates 4 et 5, qui regroupent 26% de la population, expliquent près de 50% de la surmortalité observée par rapport au Québec.

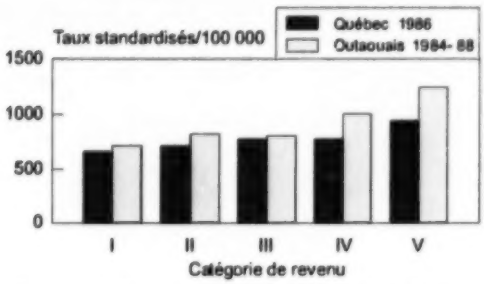

Figure 3 - Taux de mortalité « toutes causes », Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain

Principales causes de décès responsables de la surmortalité observée chez les hommes

Les taux de mortalité standardisés du Québec et de l'Outaouais urbain, ainsi que les indices comparatifs de mortalité pour un ensemble de causes de décès choisies, sont présentés au tableau 5. En général, les indices comparatifs sont supérieurs à 1,00 pour la plupart des causes de décès, même si certains ne sont pas statistiquement significatifs. Ces résultats sont en accord avec ceux déjà publiés dans nos études récurrentes sur la mortalité et confirment le bilan plutôt négatif de l'état de santé des hommes de l'Outaouais urbain. Les écarts les plus importants avec le Québec sont attribuables aux maladies cardiaques, aux maladies respiratoires chroniques et aux accidents de la circulation.

Tableau 5 Taux de mortalité standardisés et indices comparatifs de mortalité (ICM), hommes, Outaouais urbain 1984-88 comparé à l'ensemble des RMR du Québec 1986, causes de décès choisies

Toutes causes	875.4	789.1	1,12**
TUMEURS MALIGNES	236.2	230.0	1,01
Poumon	89.9	85.3	1,05
Colorectal	28.5	26.0	1,06
Prostate	21.3	22.6	0,85
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	355.1	323.1	1,12**
Maladies ischémiques	236.0	204.3	1,20**
Maladies cérébrovasculaires	14.7	42.0	0,84
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	21.0	18.9	1,19
Cirrhose et alcoolisme	15.7	15.0	1,09
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	44.1	34.8	1,31*
Bronchite, asthme, emphysème	44.1	34.8	1,31*
ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	79.3	68.7	1,19*
Suicides	29.4	27.5	1,08
Accidents de la circulation	24.1	19.2	1,28*

*p < 0,05 **p < 0,01

Population de référence pour les taux standardisés : Canada 1971

RÉSULTATS

Le tableau 6 présente aussi des indices comparatifs de mortalité (ICM), cette fois par strates de revenu. Les taux standardisés correspondants de l'Outaouais et du Québec se retrouvent respectivement à l'annexe 9 et à l'annexe 10. On remarque que les ICM «toutes causes» sont élevés dans toutes les strates. En général, les excès sont largement attribuables aux maladies cardiaques ischémiques, aux «accidents, empoisonnements et traumatismes», aux maladies pulmonaires obstructives chroniques et aux maladies de l'appareil digestif.

Maladies ischémiques du coeur

Bon an mal an, les maladies ischémiques du coeur sont responsables d'environ le quart de tous les décès observés chez les hommes québécois. Par ailleurs, depuis plus de vingt ans, les taux de décès par maladies cardiaques des hommes de l'Outaouais urbain demeurent supérieurs à la moyenne québécoise. Notre étude révèle que l'excès de 20% observé durant la période 1984-1988 se distribue dans toutes les strates de revenu (figure 4).

Tableau 6 Indices comparatifs de mortalité (ICM) par strates de revenu, hommes, Outaouais urbain 1984-88, comparé au quintile correspondant dans l'ensemble des RMR du Québec 1986, causes de décès choisies

Toutes causes	1,19*	1,20*	1,11*	1,24*	1,23*
TUMEURS MALAGNES					
Poumon	0,98	0,90	1,05	1,16	1,07
Colorectal	1,01	1,01	1,15	1,15	1,13
Prostate	0,91	1,31	0,95	1,53	0,85
	0,72	0,98	0,68	1,37	0,69
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	1,18*	1,10	1,09	1,19*	1,27**
Maladies ischemiques	1,33**	1,15	1,20*	1,25*	1,32**
Maladies cérébrovasculaires	0,90*	1,00	0,75	0,90	1,01
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	0,99	1,53	1,58**	0,89	1,18
Cirrhose et alcoolisme	1,32	1,53	1,41	0,86	1,05
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE					
Bronchite, asthme, emphysème					
ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS TRAUMATISMES					
Suicides					
Accidents de la circulation					

*p < 0.05 **p < 0,01

RÉSULTATS

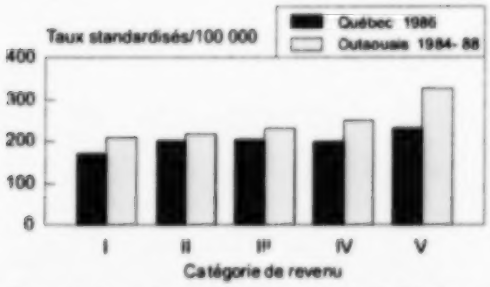

Figure 4 - Taux de mortalité par maladies ischémiques du coeur, Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain

Accidents, empoisonnements et traumatismes

Environ 12% des décès qui surviennent chaque année chez les hommes en Outaouais urbain sont classifiés dans la catégorie -accidents, empoisonnements et traumatismes- (AET). De 1984 à 1988, l'Outaouais urbain a présenté un excès de décès par AET de 29% chez les hommes par rapport au Québec urbain. Une surmortalité par suicides (ICM=1,17, NS) et surtout par accidents de la circulation (ICM=1,40**) explique la quasi-totalité de cet excès.

La figure 5 illustre les taux de suicide par catégories de revenu. On remarque que les taux sont plus élevés dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches. Les excès observés par rapport au Québec se retrouvent surtout dans les strates 2 et 5.

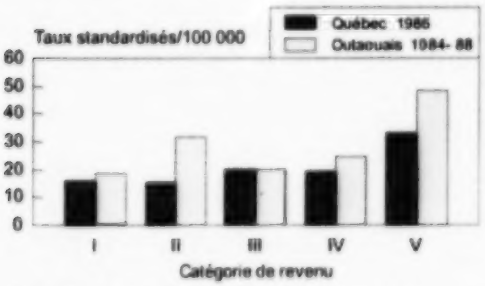

Figure 5 - Taux de mortalité par suicides, Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain

Les taux de décès par accidents de la circulation sont illustrés à la figure 6. On remarque que la gradation des taux selon le revenu est irrégulière pour cette cause de décès; Wilkins et al. avaient d'ailleurs fait le même constat pour l'ensemble des RMR du Canada. Toutes les strates présentent des excès comparativement au Québec, à l'exception de la strate 3.

Figure 6 - Taux de mortalité par accidents de la circulation, Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain

Maladies de l'appareil respiratoire

Année après année, environ 7% des décès chez les hommes résidant en Outaouais urbain sont causés par les maladies de l'appareil respiratoire. Les deux tiers de ces décès sont dus aux maladies obstructives chroniques (bronchite, emphysème et asthme). L'excès de décès par rapport au Québec pour ces maladies atteint 36% pour la période 1984-1988. Notre étude démontre que plus de la moitié de cet excès se retrouve chez les hommes appartenant à la strate la plus pauvre (figure 7).

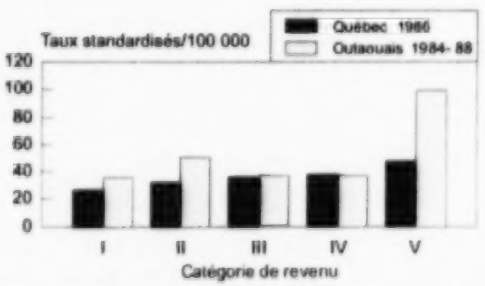

Figure 7 - Taux de mortalité par MPOC, Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain

RÉSULTATS

Tumeurs malignes

Comme les maladies cardiaques, les tumeurs malignes (ou cancers) sont responsables d'environ le quart des décès chez les hommes. Pour l'ensemble des sites de cancers, l'Outaouais urbain fait bonne figure avec un ICM de 1,01. Un examen des taux par strates (figure 8) montre une augmentation régulière des taux avec le niveau de pauvreté du secteur de résidence. Lorsque les taux sont analysés par sites de cancers, le seul résultat significatif observé est un excès de décès par leucémies (ICM=2,25**) dans la strate 1.

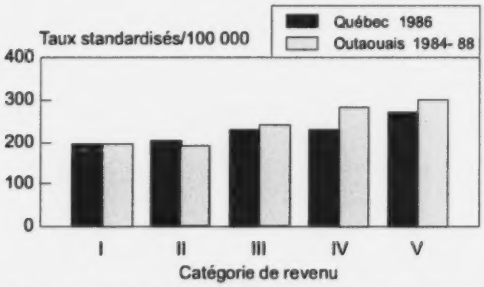

Figure 8 - Taux de mortalité par tumeurs malignes, Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain

Maladies de l'appareil digestiff

Cette catégorie regroupe un ensemble relativement hétéroclite de maladies d'étiologies diverses, qui ne sont responsables que d'environ 4% des décès survenant chez les hommes. On note un excès statistiquement significatif de décès dus à ces maladies dans la strate 3. Cet excès pourrait s'expliquer en partie par une tendance à la surmortalité (NS) par cirrhose et alcoolisme dans cette strate.

Diabète

Les décès dont la cause principale est le diabète représentent moins de 1% du total chez les hommes. Nous avons mesuré dans notre étude un taux de mortalité deux fois plus élevé dans la strate 5 que dans le quintile correspondant. Les taux observés dans les autres strates ne diffèrent pas significativement des taux québécois.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

Le gradient selon le revenu observé dans les taux de mortalité standardisés «toutes causes» se trouve amplifié lorsqu'on considère les taux d'années potentielles de vie perdues (APVP). Alors que le rapport S5/S1 des taux standardisés était de 175, celui des APVP est de 200. Les taux bruts d'APVP par 100 000, par catégories de revenu, sont présentés à l'annexe 11 (Outaouais urbain) et à l'annexe 12 (RMR du Québec). Les taux d'APVP «toutes causes» de l'Outaouais urbain et du Québec sont illustrés à la figure 9. On constate que dans toutes les strates, les taux observés sont plus élevés que les taux québécois correspondants.

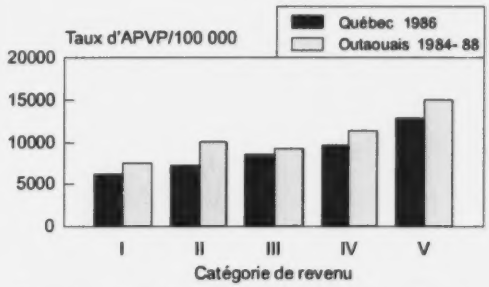

Figure 9 - Taux d'APVP « toutes causes », Hommes, RMR du Québec et Outaouais urbain

Nous avons calculé le «potentiel d'amélioration de la santé publique» que représenterait une réduction universelle des taux d'années potentielles de vie perdues jusqu'au niveau observé dans la strate 1. La proportion du total des APVP qu'on pourrait éliminer de cette façon dans les strates 2 à 5 est de 24%. Ce résultat est identique à celui obtenu par Wilkins pour les grandes villes canadiennes. Les catégories de décès qui contribuent le plus à l'excès d'APVP et qui seraient les plus sensibles à la réduction des inégalités de revenu chez les hommes sont les maladies de l'appareil circulatoire et les accidents, empoisonnements et traumatismes (figure 10). Ces résultats se comparent à ceux de Wilkins pour les grandes villes canadiennes.

RÉSULTATS

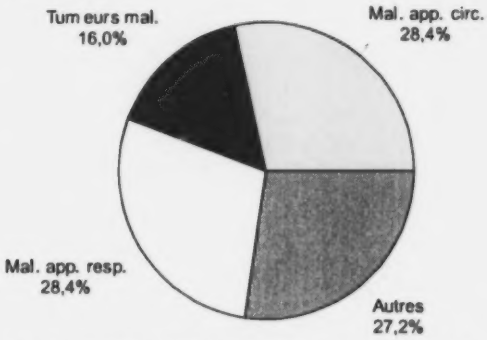

Figure 10 - Répartition des APVP, par catégories de décès, en excès du seuil de la strate la plus riche, hommes, Outaouais urbain, 1984-88

Analyses par groupes d'âge

Les données sur les décès ont été ré-analysées en tenant compte uniquement des décès survenus avant l'âge de 65 ans. Les taux de mortalité standardisés «toutes causes» et les indices comparatifs calculés chez les 0-64 ans, par strates et par quintiles, sont présentés au tableau 7. Pour fins de comparaison, on y retrouve aussi les indices comparatifs «tous âges» mesurés dans l'analyse principale. On remarque que les écarts observés entre les différentes strates et les quintiles correspondants augmentent, sauf dans la strate 5 où l'écart demeure inchangé. En fait, la surmortalité générale des hommes de l'Outaouais urbain passe de 12% à 18% lorsqu'on considère seulement les décès chez les 0-64 ans. Le même phénomène se produit lorsqu'on considère les 35-64 ans. Les analyses par catégories et par causes spécifiques de décès donnent des résultats identiques lorsque des excès étaient présents dans l'analyse principale. Ces résultats ne font que confirmer les tendances révélées par l'étude des APVP vs les taux standardisés chez les hommes, c'est-à-dire que les écarts avec le Québec augmentent lorsqu'on considère la mortalité prématurée plutôt que la mortalité totale.

Tableau 7 Taux de mortalité standardisés «toutes causes», hommes, 0-64 ans et tous âges, Outaouais urbain 1984-88 et ensemble des RMR du Québec 1986. Indices comparatifs de mortalité (ICM) «toutes causes», chaque strate de la RMR Outaouais comparée au quintile correspondant dans l'ensemble des RMR du Québec.

Catégorie de revenu	Taux stand. 0-64 ans Outaouais	Taux stand. 0-64 ans Québec	ICM 0-64 ans Out. / Québec	ICM Tous âges Out. / Québec
1	262,8	205,9	1,24**	1,15**
2	344,6	237,5	1,43**	1,20**
3	314,8	266,6	1,20**	1,11**
4	372,4	288,2	1,30**	1,24**
5	476,6	395,1	1,22**	1,23**
TOTAL	336,8	284,2	1,18**	1,12**

*p < 0,05 **p < 0,01

RÉSULTATS

Analyses selon la méthode des mini-quintiles

Les données ont aussi été analysées selon une méthode apparentée à celle de Wilkins, Adams et Brancker, c'est-à-dire que nous avons procédé à une reconstruction des quintiles québécois à partir de «mini-quintiles» provenant de chacune des RMR du Québec. Ceci a pour effet de recréer en Outaouais urbain de véritables quintiles comprenant chacun 20% de la population. La méthode des mini-quintiles diffère de celle de Wilkins parce que seulement la portion québécoise de la RMR Ottawa-Hull est utilisée dans la construction des mini-quintiles. Les taux de mortalité standardisés «toutes causes» et les indices comparatifs résultant de cette analyse sont présentés, par quintiles, au tableau 8. Les indices comparatifs résultant de l'analyse principale sont également présentés pour comparaison.

Les taux standardisés du Québec se trouvent très peu modifiés par la nouvelle analyse, l'Outaouais urbain ne représentant que 1,5% des décès masculins de l'ensemble des RMR. Par contre, les taux de l'Outaouais urbain et les indices comparatifs diminuent parfois considérablement. Comme la répartition de la population entre les différentes strates était inégale (voir figure 1), la constitution de véritables quintiles entraîne un réarrangement des secteurs de recensement. En fait, chaque strate, à l'exception de la strate 5, «perd» la partie la plus pauvre de sa population. En retour, chaque strate, sauf la strate 1, «gagne» aussi des secteurs relativement riches de la strate supérieure.

On constate, à l'examen du tableau 8, que les écarts observés avec le Québec diminuent sensiblement dans les quintiles 2, 4 et 5. La même

Tableau 8 Taux de mortalité standardisés «toutes causes», par 100 000, et indices comparatifs de mortalité (ICM), selon la méthode des mini-quintiles et selon la méthode de Courteau-Trempe (strates), hommes, Outaouais urbain 1984-88 et ensemble des RMR du Québec 1986.

Catégorie de revenu	Méthode des mini-quintiles			Méthode de Courteau-Trempe (strates)		
	Taux Outaouais	Taux Québec	ICM Outaouais	Taux Outaouais	Taux Québec	ICM Outaouais
1	700,9	645,5	1,15**	712,2	652,5	1,15**
2	788,7	727,5	1,13**	808,7	710,8	1,20**
3	790,2	731,6	1,12**	802,2	761,6	1,11**
4	910,2	785,5	1,15**	990,9	772,7	1,24**
5	1 107,3	954,2	1,12**	1 241,8	948,5	1,23**
TOTAL	845,4	742	1,12**	875,1	769,1	1,12**

*p < 0.05 **p < 0,01

RÉSULTATS

tendance apparaît dans les analyses par causes spécifiques, lorsqu'il existait des excès dans ces strates. La réduction des écarts est plus marquée dans les strates 4 et 5 parce que ces catégories ne contenaient auparavant que 13,6% et 12,4% de la population de la RMR respectivement. Elles en contiennent maintenant 20%, par l'apport de secteurs de populations plus riches. Les gradients de mortalité entre la strate 3 et la strate 4, et entre la strate 4 et la strate 5 étant aussi beaucoup plus grands, le transfert de secteurs entre ces strates est plus susceptible de modifier les taux à la baisse. Avec les quintiles plutôt que les strates, les taux standardisés «toutes causes» baissent d'ailleurs de près de 10% dans les strates 4 et 5, mais d'à peine 2% dans les 3 autres strates.

La relation entre la pauvreté et la mortalité chez les femmes

L'espérance de vie

L'écart d'espérance de vie à la naissance chez les femmes est de 1,7 année entre la strate 1 et la strate 5. L'écart est que de 2,2 années dans l'ensemble des RMR du Québec et Wilkins rapportait une différence de 1,8 année pour les RMR de tout le Canada. L'espérance de vie des femmes de l'Outaouais urbain est de 79,1 années, inférieure d'à peine 0,6 année à celle des femmes de l'ensemble des RMR du Québec. Comme chez les hommes, l'espérance de vie dans chacune des strates de revenu est inférieure à celle des femmes du quintile correspondant. Les différences avec le Québec sont cependant moins grandes que celles observées chez les hommes.

Gradient des taux selon le revenu

Les rapports de mortalité relative entre les catégories de revenu extrêmes chez les femmes, pour un ensemble de causes de décès choisies, sont présentés au tableau 9.

Tableau 9 Mortalité relative de la strate 5 comparée à la strate 1 (S5/S1), Outaouais urbain, 1984-88, et du quintile 5 au quintile 1 (Q5/Q1), RMR du Québec, 1986, femmes, causes de décès choisies.

Causes		
Toutes causes	117	121
TUMEURS MALIGNES	125	114
Poumon	169	194
Sein	71	110
Colorectal	133	105
Prostate		
Utérus	239	135
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	103	112
Maladies ischémiques	111	144
Maladies cérébrovasculaires	87	121
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	161	138
Cirrhose et alcoolisme	693	173
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	105	57
Bronchite, asthme, emphysème	69	43
ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	112	108
Suicides	119	171
Accidents de la circulation	81	74

En général, le gradient pauvreté-mortalité est beaucoup moins marqué que chez les hommes. La mortalité relative «toutes causes» de la catégorie de revenu 5 à la catégorie 1 est de 117 en Outaouais urbain et de 121 au Québec. Comparativement aux hommes, davantage de causes de décès présentent des rapports de mortalité inférieurs à 100, tant en Outaouais qu'au Québec. Ce sont notamment le cancer du sein, les accidents de la circulation et les maladies pulmonaires chroniques. Dans le cas des maladies cérébrovasculaires, le rapport de 87 observé en Outaouais est inattendu. Les causes de décès présentant les rapports de mortalité relative les plus élevés dans la région sont le cancer de l'utérus (corps et col confondus), les maladies de

RÉSULTATS

l'appareil digestif (et spécialement la catégorie «cirrhose et alcoolisme»), le cancer du poumon et le cancer colorectal.

Taux de mortalité standardisés «toutes causes»

En général, les taux de mortalité standardisés «toutes causes» des femmes sont environ deux fois moins élevés que les taux correspondants chez les hommes, tant à l'intérieur d'une catégorie de revenu que toutes catégories confondues, en Outaouais comme dans l'ensemble du Québec.

Globalement, le taux de mortalité «toutes causes» des femmes de l'Outaouais urbain est de 7% supérieur au taux québécois. Cet excès s'explique en grande partie par une surmortalité dans les strates 2 et 4 (figure 11). On observe aussi des excès dans les autres strates mais ils sont trop faibles et pourraient être dus au hasard (NS). Les décès excédentaires dans les deux strates les plus pauvres, qui regroupent 25% de la population, représentent à eux seuls près de 45% de la surmortalité totale observée chez les femmes.

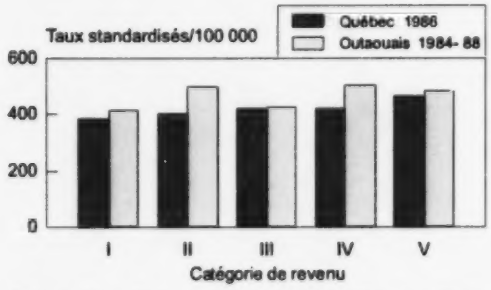

Figure 11 - Taux de mortalité « toutes causes », Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain

Principales causes de décès responsables de la surmortalité observée chez les femmes

Les taux de décès standardisés des femmes de l'Outaouais urbain et des RMR du Québec, ainsi que les indices comparatifs de mortalité correspondants sont présentés au tableau 10. On constate que les seuls excès statistiquement significatifs chez les femmes sont ceux associés aux maladies cardiaques ischémiques et aux maladies de l'appareil digestif. Cependant on observe, comme chez les hommes, une tendance à la surmortalité (NS) par maladies respiratoires chroniques, cancer du poumon, cancer colorectal, «cirrhose et alcoolisme» et accidents de la circulation.

RÉSULTATS

Tableau 10 Taux de mortalité standardisés et indices comparatifs de mortalité (ICM), femmes, Outaouais urbain 1984-88 comparé à l'ensemble des RMR du Québec 1986, causes de décès choisies

causes			
Toutes causes	452,3	426,7	1,07 *
TUMEURS MALAGNES	124,4	120,2	0,95
Poumon	21,0	20,5	1,05
Colorectal	23,1	19,8	1,15
Sein	22,9	26,7	0,84
Uterus	5,6	5,9	1,00
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	187,9	179,4	1,07
Maladies ischemiques	103,4	96,7	1,10*
Maladies cérébrovasculaires	37,3	34,3	1,11
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	21,3	15,1	1,41**
Cirrhose et alcoolisme	5,9	4,3	1,40
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	26,1	23,5	1,08
Bronchite, asthme, emphysème	11,8	10,4	11,1
ACCIDENTS, EMPOISONNMENTS, TRAUMATISMES	25,9	24,1	1,04
Suicides	6,6	6,4	1,00
Accidents de la circulation	7,6	5,8	1,29

*p < 0,05 **p < 0,01

Population de référence pour les taux standardisés : Canada 1971

Les taux de mortalité standardisés des femmes de l'Outaouais urbain et de l'ensemble des RMR du Québec, par strates et par quintiles, pour un ensemble de causes choisies, sont présentés à l'annexe 13 et à l'annexe 14 respectivement. Les indices comparatifs de mortalité correspondants sont présentés au tableau 11.

RÉSULTATS

Tableau 11 Indices comparatifs de mortalité (ICM) par strate de revenu, femmes, Outaouais urbain 1984-88, par rapport au quintile correspondant dans l'ensemble des RMR du Québec 1986, causes de décès choisies

Toutes causes	1,07	1,25**	1,02	1,21**	1,03
TUMEURS MALAGNES					
Poumon	0,94	1,01	0,84*	1,00	1,08
Colorectal	1,54	1,27	0,79	0,77	1,14
Sein	1,01	1,10	1,26	1,12	1,24
Uterus	0,97	1,11	0,59**	0,95	0,73
	0,58	0,79	0,83	1,80	1,19
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	1,20	1,28**	1,09	1,33**	0,91
Maladies ischemiques	1,27	1,29*	1,13	1,24	0,97
Maladies cérébrovasculaires	1,34	1,18	1,14	1,59*	0,80
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	1,52	1,16	1,35*	0,67	1,51
Cirrhose et alcoolisme	0,70	0,35	1,69	0,87	2,31*
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	0,97	1,23	1,10	1,43	0,96
Bronchite, asthme, emphyseme	0,96	1,53	1,16	1,39	0,91
ACCIDENTS, EMPOISONNMENTS, TRAUMATISMES	1,08	1,37	0,73	1,38	1,17
Suicides	0,84	0,92	2,05*	1,30	0,51
Accidents de la circulation	1,18	1,64	0,40*	1,80	3,01*

*p < 0,05 **p < 0,01

Les excès importants observés dans les strates 2 et 4 s'expliquent presque entièrement par les décès associés aux maladies cardiaques ischémiques et aux maladies cérébrovasculaires dans ces deux strates. Les accidents de la circulation font trois fois plus de décès dans la strate 5 que dans le quintile correspondant et les décès attribuables à la catégorie «cirrhose et alcoolisme» sont également deux fois plus nombreux que prévu dans cette strate. On trouve dans la strate 3 un excès de suicides et de décès par maladies de l'appareil digestif.

Maladies de l'appareil circulatoire

Les maladies de l'appareil circulatoire représentent la première cause de décès en Outaouais chez les femmes, avec 44% du total. Les taux de décès chez les femmes sont significativement plus élevés qu'au Québec dans les strates 2 et 4. Dans la strate 2, l'excès est surtout relié aux maladies cardiaques; dans la strate 4, il est davantage attribuable aux maladies cérébrovasculaires (figures 12 et 13).

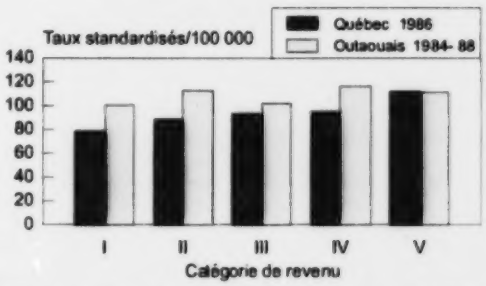

Figure 12 - Taux de mortalité par maladies ischémiques du coeur, Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain

RÉSULTATS

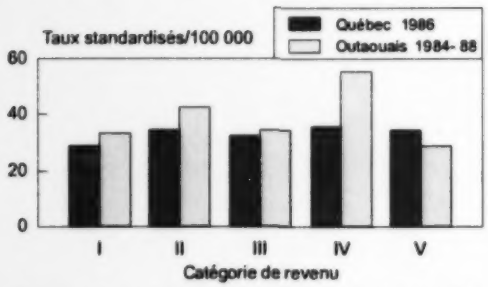

Figure 13 - Taux de mortalité par maladies cérébrovasculaires, Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain

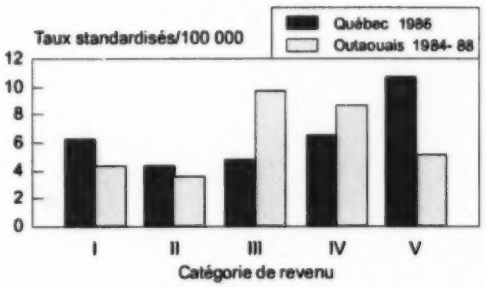

Figure 15 - Taux de mortalité par suicides, Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain

Accidents, empoisonnements et traumatismes

Les «accidents, empoisonnements et traumatismes» (AET) sont responsables d'environ 6% des décès chez les femmes de l'Outaouais urbain. En général, les taux observés dans les strates sont comparables à ceux des quintiles correspondants. Par ailleurs, les analyses par causes spécifiques d'AET font ressortir une surmortalité importante par accidents de la circulation, surtout dans la strate 5 (figure 14) et un excès important de suicides dans la strate 3 (figure 15). Curieusement, on observe aussi dans la strate 3 un taux de décès par accidents de la circulation beaucoup plus faible que le taux québécois (ICM=0,41**). Pour les suicides, c'est surtout dans la strate 5 que l'Outaouais fait bonne figure comparativement à la moyenne québécoise (ICM=0,53**).

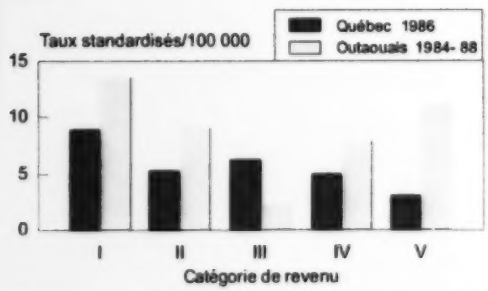

Figure 14 - Taux de mortalité par accidents de la circulation, Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain

Maladies de l'appareil respiratoire

Les maladies de l'appareil respiratoire causent environ 5% des décès chez les femmes de l'Outaouais urbain. Les maladies pulmonaires obstructives chroniques sont responsables d'environ la moitié de ces décès. Nous avons mesuré un excès de décès par MPOC de 11% chez les femmes par rapport au Québec; même s'il n'est pas statistiquement significatif, il mérite d'être souligné à la lumière de l'excès important qu'on avait observé chez les hommes. Les taux de décès par maladies respiratoires chez les femmes sont assez comparables d'une strate à l'autre, alors que chez les hommes les taux sont trois fois plus élevés chez les pauvres que chez les riches (figure 16).

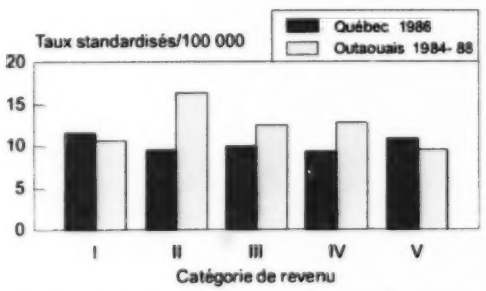

Figure 16 - Taux de mortalité par MPOC / Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain

RÉSULTATS

Tumeurs malignes

Chez les femmes, environ 27% des décès sont attribuables aux tumeurs malignes en Outaouais urbain. La région ne présente cependant pas de surmortalité par rapport au Québec. Aucune différence significative n'apparaît non plus lorsqu'on analyse les décès selon les catégories de revenu (figure 17) ou par sites anatomiques . Une exception confirme la règle: un faible taux de décès par cancer du sein est observé dans la strate 3 (ICM=0,59**).

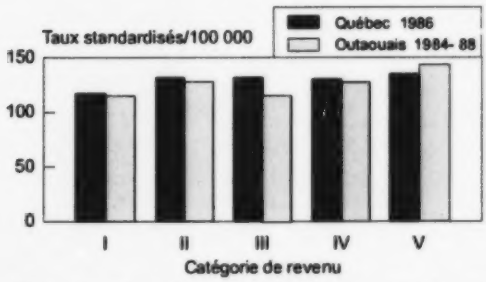

Figure 17 - Taux de mortalité par tumeurs malignes, Femmes, RMR du Québec et Outaouais urbain

Maladies de l'appareil digestif

Une surmortalité par maladies de l'appareil digestif chez les femmes a été observée pour la première fois en Outaouais urbain au cours de la période 1984-1988. L'excès mesuré est de 41% et s'explique notamment par un excès de décès par «cirrhose et alcoolisme» dans les strates 3 (NS) et 5 (ICM=2,31*).

Années potentielles de vie perdues (APVP)

En général, comme les taux de mortalité standardisés, les taux bruts d'APVP sont environ deux fois moins élevés chez les femmes que chez les hommes. Dans l'ensemble, les tendances observées pour les taux standardisés se trouvent amplifiées. On trouve notamment des excès importants de mortalité prématurée dans les strates 2 et 4 et un excès significatif apparaît dans la strate 5. L'examen des taux d'APVP par causes de décès spécifiques confirme la contribution importante des maladies de l'appareil circulatoire aux excès observés par rapport au Québec. Par ailleurs, il fait aussi ressortir une surmortalité importante et inattendue attribuable au cancer du poumon et au cancer colorectal chez les jeunes femmes des strates les plus riches. Les taux bruts d'APVP de l'Outaouais urbain et les taux québécois correspondants sont présentés respectivement aux annexes 15 et 16.

Comme chez les hommes, on constate un grand potentiel d'amélioration de la santé par la réduction des inégalités de revenu. En effet, plus de 20% des APVP excédentaires par rapport au taux observé dans la strate 1 pourraient être éliminées chez les femmes. Par comparaison, Wilkins avait estimé cette proportion à seulement 14% dans son étude portant sur les grandes villes canadiennes.

Les causes de décès responsables des APVP excédentaires sont différentes de celles observées chez les hommes (figure 18). Les maladies de l'appareil circulatoire prennent plus d'importance et les AET ne sont pas une cause importante d'APVP excédentaires. Nos résultats diffèrent en cela de ceux de Wilkins qui avait observé que 13% des APVP excédentaires chez les femmes étaient attribuables aux AET.

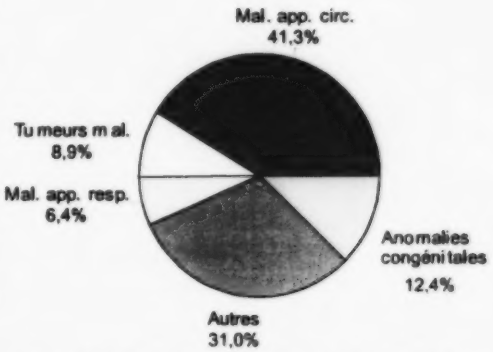

Figure 18 - Répartition des APVP, par catégories de décès, en excès du seuil de la strate la plus riche, femmes, Outaouais urbain, 1984-88

RÉSULTATS

Analyses par groupes d'âge

Les données sur les décès chez les femmes de l'Outaouais urbain et du Québec ont aussi été analysées selon trois grands groupes d'âge, soit les 0-64 ans, les 35-64 ans et les 65 ans et plus. Comme chez les hommes, les analyses des décès survenus avant l'âge de 64 ans viennent compléter le portrait révélé par l'étude des APVP. Ainsi l'excès «tous âges» de 7% augmente à 8% chez les 0-64 ans et à 14% chez les 35-64 ans. Cette tendance est surtout attribuable aux maladies cardiaques ischémiques.

Les taux de mortalité standardisés «toutes causes» chez les femmes de 0 à 64 ans sont présentés au tableau 12. On remarque que les écarts avec les taux québécois augmentent dans les strates 2, 4 et 5 et qu'ils demeurent plus ou moins inchangées dans les autres.

Tableau 12 Taux de mortalité standardisés «toutes causes», femmes, 0-64 ans et tous âges, Outaouais urbain 1984-88 et ensemble des RMR du Québec 1986. Indices comparatifs de mortalité (ICM) «toutes causes», chaque strate de la RMR Outaouais comparée au quintile correspondant dans l'ensemble des RMR du Québec.

Catégorie de revenu	Taux stand. 0-64 ans Outaouais	Taux stand. 0-64 ans Québec	ICM 0-64 ans Out / Québec	ICM Tous âges Out / Québec
1	130,9	118,5	1,05	1,07
2	155,7	117,7	1,32**	1,25**
3	130,9	135,2	0,98	1,02
4	187,9	146,2	1,28**	1,21**
5	207,6	178,1	1,19	1,03
TOTAL	154,8	141,6	1,08*	1,07**

*p < 0,05 **p < 0,01

RÉSULTATS

Analyses selon la méthode des mini-quintiles

Les données ont aussi été analysées selon la méthode faisant appel à des «mini-quintiles» provenant de chacune des RMR. Les taux par quintiles et les nouveaux indices comparatifs obtenus, ainsi que ceux calculés dans l'analyse initiale, sont présentés au tableau 13.

Comme chez les hommes, la redistribution des secteurs de recensement entraîne généralement une diminution des écarts avec le Québec. Cependant, comme le gradient des taux était plus irrégulier que chez les hommes, le résultat est moins prévisible et difficile à expliquer sans entrer dans le détail du «transfert» des différents secteurs de recensement. La diminution des ICM est particulièrement marquée dans les strates 2 et 4, où l'on retrouvait les écarts les plus importants avec le Québec. ■

Tableau 13 Taux de mortalité standardisés «toutes causes», par 100 000, et indices comparatifs de mortalité (ICM), selon la méthode des mini-quintiles et selon la méthode de Courteau-Trempe (strates), femmes, Outaouais urbain 1984-88 et ensemble des RMR du Québec 1986.

Catégorie de revenu	Méthode des mini-quintiles			Méthode de Courteau-Trempe (strates)		
	Taux ajust. Outaouais	Taux ajust. Québec	ICM Out./Qc	Taux ajust. Outaouais	Taux ajust. Québec	ICM Out./Qc
1	398,7	381,9	1,05	413,1	383,2	1,07
2	478,0	407,7	1,21**	496,3	404,9	1,25**
3	431,8	414,0	1,02	424,6	419,3	1,02
4	468,6	427,6	1,09	506,5	421,3	1,21**
5	487,3	460,0	1,06	482,2	463,0	1,03
TOTAL	452,3	427,7	1,07**	452,3	426,7	1,07**

*p < 0,05 **p < 0,01

internet :

courriel :

DISCUSSION

La méthode que nous avons choisie pour étudier les variations de la mortalité par catégories de revenu a des avantages et des inconvénients. Elle a le mérite d'être claire et directe: nous comparons vraiment des quartiers où la proportion de familles vivant sous le seuil de faible revenu est similaire. Cependant, comme Wilkins le souligne, sa méthode de construction des quintiles (et la méthode dite des mini-quintiles qui s'y apparente) tient davantage compte des variations du coût de la vie entre les villes. Cette contrainte est cependant moins importante dans notre étude puisqu'elle est limitée au Québec. Quoi qu'il en soit, les analyses supplémentaires que nous avons effectuées à partir de véritables quintiles de population de l'Outaouais urbain québécois démontrent que les résultats des deux analyses vont dans le même sens et révèlent les mêmes tendances. La méthode des mini-quintiles tend généralement à «appauvrir» l'Outaouais et à réduire les excès observés par rapport au Québec dans les différentes catégories de revenus.

Les excès par rapport au Québec

Notre première question de recherche s'intéressait à la distribution, entre les différentes catégories de revenu, de la surmortalité relative observée dans la région par rapport au Québec. Or c'est surtout chez les hommes que l'Outaouais urbain présente un profil de mortalité défavorable, avec un excès de décès de 12% par rapport à la province. Nos résultats indiquent que cet excès est remarquablement bien distribué à travers toutes les catégories de revenu. Toutes les causes de décès qui sont fréquentes chez les hommes des pays développés y contribuent, à l'exception notable des tumeurs malignes. De façon générale, les excès observés par causes spécifiques se distribuent aussi uniformément à travers les catégories de revenu. Enfin, l'analyse des taux d'années potentielles de vie perdues et de la mortalité par groupes d'âge spécifiques mettent en lumière une surmortalité chez des hommes relativement jeunes et appartenant à toutes les catégories de revenu.

Chez les femmes, les excès de décès par rapport au Québec sont moins importants. La surmortalité est confinée aux strates 2 et 4 et est en grande partie attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire. Cependant, comme chez les hommes, les excès deviennent plus importants lorsqu'on considère la mortalité prématurée, ce qui indique une surmortalité chez des femmes relativement jeunes. Cette surmortalité prématurée se retrouve dans les strates 2 et 4, mais aussi dans la strate 5. Comparativement aux hommes, l'excès de mortalité observé chez les femmes de l'Outaouais urbain est donc beaucoup plus concentré chez les pauvres.

Les écarts entre riches et pauvres

En général, les écarts entre les taux de mortalité des riches et des pauvres sont beaucoup plus importants chez les hommes que chez les femmes. Ce constat est universel et l'Outaouais ne fait pas exception à la règle. La corrélation plus forte qu'on observe chez les hommes entre le revenu familial et la mortalité pourrait s'expliquer au moins en partie par le fait que le salaire des hommes est encore le principal déterminant du revenu familial. Par ailleurs, l'Enquête sociale et de santé (Santé Québec) de 1992-1993 montre qu'en général les habitudes de vie des hommes pauvres sont moins bonnes que celles des femmes de revenu familial équivalent. Une autre explication fait appel aux déterminants psycho-sociaux qui seraient, selon la littérature, responsables d'une partie des écarts de mortalité selon le revenu, notamment au «sentiment de contrôle sur sa vie». On peut en effet penser que ce déterminant est plus important

DISCUSSION

pour les hommes et qu'il est davantage relié à l'autonomie au travail, les femmes ayant plus souvent tendance à vivre le «contrôle sur leur vie» dans les sphères de la famille et de l'entourage. Les résultats de l'Enquête Santé Québec 1992-1993 donnent du poids à cette hypothèse. Dans l'ensemble du Québec, les femmes rapportant une autonomie décisionnelle au travail «faible» (par opposition à «élevée») ont un meilleur indice de soutien social et consomment moins d'alcool que les hommes qui se trouvent dans la même situation. Par ailleurs, le «niveau de satisfaction quant à la vie sociale» est similaire chez les femmes «autonomes au travail» et chez celles qui ne le sont pas. Par contraste, lorsque leur niveau d'autonomie au travail est faible, la proportion des hommes «insatisfaits de leur vie sociale» est de 50% plus élevée que dans le groupe avec une autonomie décisionnelle élevée.

Notre deuxième question de recherche s'intéressait à la dimension des écarts entre les taux de mortalité des riches et ceux des pauvres en Outaouais urbain et au Québec. Chez les hommes, cet écart est plus grand dans la région qu'il ne l'est dans l'ensemble des grandes villes du Québec. Ceci est vrai pour la mortalité «toutes causes» et pour presque toutes les causes spécifiques que nous avons étudiées. Plus du quart du total des années potentielles de vie perdues chez les hommes de l'Outaouais urbain pourraient être éliminées si la mortalité prématurée pouvait être ramenée au niveau observé dans les quartiers les plus riches de l'Outaouais urbain. Il s'agit d'un objectif légitime et réaliste, puisque la grande majorité des causes responsables de l'écart entre riches et pauvres sont évitables.

Nous savions déjà, notamment depuis les travaux réalisés au début des années '90 par le Conseil régional de la santé et des services sociaux, que certains quartiers de l'Outaouais urbain vivaient une faible croissance démographique, voire une décroissance de leur population, et que ce phénomène était étroitement lié à la pauvreté et à différents indicateurs sociaux défavorables (Barriault, 1991). Notre étude démontre que c'est dans les mêmes quartiers, regroupant l'essentiel de la population du quintile le plus pauvre, que les taux de mortalité sont les plus élevés en Outaouais urbain. Ces quartiers sont notamment ceux de l'Île-de-Hull-Wrightville et leur périphérie, de Pointe-Gatineau, du vieux secteur de Gatineau, du vieux secteur d'Aylmer et de Deschênes (voir figure 1 et cartes annexées).

L'écart entre les taux de décès des riches et des pauvres est moins important chez les femmes que chez les hommes. Cet écart chez les femmes est sensiblement le même en Outaouais urbain que dans l'ensemble du Québec. Cependant, lorsqu'on examine les données par causes spécifiques, certaines différences apparaissent. L'écart des taux entre femmes riches et pauvres est moins grand qu'au Québec en ce qui concerne les maladies cardiaques ischémiques et le cancer du poumon, et plus important pour le cancer colorectal et le cancer de l'utérus. Il est remarquable que les deux premières soient fortement reliées aux habitudes de vie en général et au tabagisme en particulier, alors que le contrôle du cancer colorectal et du cancer de l'utérus fait plutôt appel à des actions de détection précoce et de traitement. Ceci suggère qu'il puisse y avoir des problèmes d'accessibilité à ces services (au sens large) pour les femmes pauvres résidant en Outaouais urbain.

Globalement, environ 20% des années perdues par décès prématurés chez les femmes de la région pourraient être évitées si les taux étaient ramenés au niveau de ceux observés dans les quartiers les plus riches. Cette proportion est inférieure à celle observée chez les hommes, car le gradient des taux est plus faible.

DISCUSSION

Validité et limites de l'étude

Nous avons analysé les données les plus récentes dont nous disposions, compte tenu des contraintes méthodologiques particulières que nous imposait notre devis de recherche. Ces données datent déjà de 10 ans. Il est cependant improbable que la situation relative de la région par rapport à l'ensemble du Québec ait changé dramatiquement depuis ce temps, d'autant plus que le phénomène de la surmortalité en Outaouais urbain remonte à au moins 20 ans. D'autre part, le noyau urbain de la région reste, même en 1995, un secteur du Québec relativement favorisé sur le plan économique, même si cet avantage va en s'amenuisant.

Enfin, même si nous parlons dans ce rapport de «pauvres» et de «riches», il est important de se rappeler que notre étude ne permet pas d'estimer le risque de décéder des individus en relation avec leur revenu. L'indicateur économique que nous avons utilisé tient compte uniquement de la proportion des ménages ayant déclaré un revenu familial inférieur à un seuil déterminé dans un quartier ou un secteur de résidence. ■

CONCLUSION

Les pays avec les meilleurs indicateurs de santé sont aussi ceux où les inégalités socio-économiques sont les moins grandes. À l'approche de l'an 2000, la plupart des gouvernements des pays développés ont donc fait de la lutte contre les inégalités le fer de lance de leur stratégie de santé publique. Il était donc tout naturel que nous cherchions à caractériser ce phénomène sur une base régionale, en lien avec l'état de santé de la population. Par ailleurs, la mortalité demeure la mesure la plus valide de l'état de santé. L'espérance de vie et les taux de mortalité en général sont d'ailleurs les indicateurs de santé les plus utilisés dans les comparaisons internationales.

Afin de décrire les variations de la mortalité en relation avec la pauvreté dans la région, nous avons procédé à des analyses stratifiées des statistiques sur les décès pour la période 1984-1988. Ces analyses démontrent que l'écart entre les taux de décès des riches et des pauvres en Outaouais urbain est encore plus grand que celui observé au Québec et au Canada. Les écarts les plus grands entre riches et pauvres se retrouvent chez les hommes et sont associés aux maladies reliées au tabagisme (maladies cardiovasculaires, cancer du poumon et maladies pulmonaires chroniques), aux maladies de l'appareil digestif et au suicide.

Nous avons également effectué des comparaisons entre les taux de mortalité observés en Outaouais urbain et ceux mesurés dans des quartiers de richesse similaire situés dans les 6 plus grandes agglomérations urbaines du Québec. Chez les hommes, l'excès de mortalité général dans la région est de 12% et il est réparti dans toutes les catégories de revenus, même les plus riches. Les excès les plus grands se retrouvent cependant dans les quartiers les plus pauvres. Chez les femmes, l'excès général est de 7% et il est largement concentré dans les quartiers pauvres.

Ces résultats démontrent hors de tout doute que l'Outaouais urbain est une région où les inégalités sociales ont des conséquences relativement importantes en matière de santé et de bien-être. Par ailleurs, les interventions dirigées vers l'ensemble de la population demeurent pertinentes puisque notre étude a aussi mis en évidence des excès de mortalité dans les quartiers riches et dans les quartiers de richesse moyenne.

Chez les hommes, les excès observés par rapport à l'ensemble des agglomérations urbaines du Québec sont reliés essentiellement aux mêmes causes de décès qui sont responsables des écarts entre les hommes riches et les hommes pauvres en Outaouais urbain. Chez les femmes, les maladies cardiovasculaires expliquent la quasi-totalité de l'écart avec le Québec. Toutes ces causes de décès sont évitables et leur contrôle passe par une intensification de nos actions de prévention et de promotion de la santé.

À l'origine de notre étude se retrouvait un paradoxe. Depuis longtemps, on sait qu'il existe une corrélation universelle entre la mortalité et la pauvreté. Or, l'Outaouais urbain présente, au moins depuis la fin des années '60, des taux de mortalité supérieurs à la moyenne québécoise, alors que c'est une des régions du Québec où le revenu familial est le plus élevé. Comment s'explique cette surmortalité ? La recension d'écrits que nous avons réalisée sur la relation pauvreté-mortalité nous a appris que les facteurs de risque connus expliqueraient environ 50% des écarts de mortalité entre riches et pauvres. On peut donc postuler que ces déterminants jouent un rôle comparable dans les variations géographiques entre les taux. Effectivement, les enquêtes de Santé Québec (1987 et 1992) ont mis en lumière une fréquence élevée de comportements et de caractéristiques défavorables en matière de santé dans la région.

CONCLUSION

Selon la littérature, l'autre 50% des différences entre riches et pauvres serait attribuable à des facteurs psychosociaux, notamment au «sentiment de contrôle sur sa vie». Nous devons alors postuler que ces facteurs agiraient avec plus d'intensité en Outaouais urbain que dans l'ensemble des grandes villes du Québec. Le parallèle entre cette hypothèse, découlant d'un modèle théorique, et la situation particulière de l'Outaouais sur le plan géographique, politique et culturel constitue, à notre avis, une piste de recherche intéressante pour l'avenir. Plusieurs indicateurs économiques confirment que l'Outaouais urbain est le parent pauvre de la RMR Ottawa-Hull. À cet égard, le concept de richesse relative développé par Wilkins est particulièrement utile parce qu'il reflète mieux la place d'un individu ou d'une communauté dans la hiérarchie sociale d'une communauté, son potentiel et son pouvoir. L'Outaouais urbain constituant en fait un sous-ensemble "pauvre" d'une agglomération urbaine, il n'est pas surprenant qu'il ait des indicateurs de santé moins bons. Selon Russell Wilkins, "la défavorisation relative de la portion québécoise de la RMR Ottawa-Hull constitue la clé pour la compréhension de la mortalité élevée observée en Outaouais urbain". ■

internet :

courriel :

BIBLIOGRAPHIE

1. ANTONOVSKY, A. Implications of socioeconomic differentials in mortality for the health system. Pop Bull United Nations 1980; 13: 42-52.

2. ANTONOVSKY, A. Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality. Millbank Mem Fund Q, 1967; 45: 31-73.

3. ARMITAGE, P. Statistical Methods in Medical Research. New York: Blackwell Scientific Publications, 1971.

4. BARRIAULT, C. La désintégration démographique des populations. In: Pour améliorer la santé et le bien-être de la population, L'Outaouais à l'heure des priorités. Description des problèmes sociosanitaires retenus aux fins de détermination des priorités. Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Hull, Québec, 1991.

5. BLAXTER, M. Health Services as a Defence Against the Consequences of Poverty in Industrialized Societies. Soc Sci Med, 1983; 17: 1139-48.

6. BRESLOW, N.E., Day, N.E. Statistical Methods in Cancer Research, Volume II - The design and Analysis of Cohort Studies. Lyon: International Agency for Research on Cancer IARC Scientific Publications No.82, 1987.

7. BROWN, G.W., HARRIS, T. Social Origins of Depression. London: Tavis-tock, 1978.

8. BRUNELLE, Y., ROCHON, M. Limites, avantages et utilisation des ESVI dans le contexte actuel de l'évolution des systèmes de soins. Cahiers québécois de démographie 1991; 20(2): 405-437.

9. CHIANG, C.L. The Life Table and its Applications. Malabar, Florida. Robert E. Krieger Publishing Company, 1984.

10. COLIN, C. Pauvreté et santé: des liens étroits. Actes du forum «Les inégalités socio-économiques et la santé - Comment agir?». Québec: Ministère de la santé et des services sociaux et Association pour la Santé publique du Québec, 1990.

11. COLIN, C., LAVOIE, J.P., POULIN, C. Les personnes défavorisées et la santé, ça va ? Enquête Santé Québec, Les Publications du Québec, 1989, p.119.

12. COLIN, C., DESROSIERS, H. [et.al.]. Naître égaux et en santé. Québec : Ministère de la santé et des Services sociaux, 1989, p.153.

13. COMITÉ OUTAOUAIS 2050. L'Outaouais - Développement et contexte frontalier. Phase II. Document de travail. Hull : janvier 1990.

14. COMITÉ OUTAOUAIS. L'Outaouais et son avenir économique. Plan de diversification économique. Hull : avril 1992.

15. COURTEAU, J.P., EMOND, L. Vingt ans de mortalité dans la région de l'Outaouais 1969 à 1988. Hull, Québec : Département de santé communau-taire de l'Outaouais, CHRO, 1991.

16. DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE L'OUTAOUAIS, CHRO. Et la santé dans l'Outaouais, comment ça va? : Résultats régionaux de l'enquête Santé Québec 1987. Hull, Québec : Département de santé communautaire, CHRO, 1990.

17. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. Inequalities in Health. Report of a research working group (Black Report). London: DHSS, 1978.

18. DULEEP, H. O. Measuring the Effects of Income on Adult Mortality Using Longitudinal Administrative Record Data. Journal of Human Resources, 1986; 21: 238-251.

BIBLIOGRAPHIE

19. ÉMOND, L. La population de l'Outaouais, à quoi ressemble-t-elle ? Survol des données du recensement 1986. Hull, Québec: Département de santé commu-nautaire de l'Outaouais, CHRO, 1990.

20. ÉMOND, L. Les résidents de l'Outaouais - Profil démographique, social et économique 1991. Hull, Québec: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de la santé publique, 1994.

21. GÉLINAS, R., COURTEAU, J.P. Document d'accompagnement du logiciel de standardisation de taux et de calcul des APVP. Hull, Québec: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de la santé publique, 1995.

22. HAAN, M., KAPLAN, G., SYME S.L.. Socioeconomic status and health: Old observations and new thoughts. In Bunker J.P., Gomby D.F., Kehrer B.H. (eds): Pathways to Health: The Role of Social Factors. Palo Alto, Calif.: H.J. Kaiser Family Foundation, 1989.

23. HARDING, M. The Relationship Between Economic status and Health Status: A Synthesis. Toronto: A Backgroup Report Prepared for the Ontario Social Assistance Review Committee, 1987.

24. HOEY, J., WILKINS, R., GAGNON, G., [et.al.]. L'État de santé des Québécois : un profil par région socio-sanitaire et par Département de santé communautaire. Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux (Commission Rochon), Programme de recherche -Recueil de résumés. 1987.

25. HOUSE, J., KESSLER, R.C., Herzog, A.R. Age Socioeconomic Status and Health, Millbank Quarterly, 1990; 68:3.

26. KAHN, H.K., SEMPOS, C.T. Statistical Methods in Epidemiology. New York: Oxford University Press. 1989; 92-102.

27. KAPLAN, G.A. Twenty Years of Health in Alameda County: The human population laboratory analyses. San Francisco, Californie: Ann Meet. Soc. for Prospective Med., 1985.

28. LEHMAN, P., MAMBOURY, C., MINDER, C.E. Health and Social Inequities in Switzerland. Social Science Medecine, 1990; 31: 369-386.

29. LERNER, M. Surplus Powerlessness. Oakland: The Institute for Labor and Mental Health, 1986.

30. MARMOT, M.G., SHIPLEY, M.J., ROSE, G. Inequalities in Death - specific explanations or a general pattern? Lancet, 1984; 1: 1003-1006.

31. MARMOT, M.G., ROSE, G., SHIPLEY, M., [et.al.]. Employment Grade and coronary heart disease in British civil servants. J Epidemiol Commun Health, 1978;32: 244-49.

32. PAMPALON, R., GAUTHIER, D., RAYMOND, G., [et.al.] La santé à la carte - Une exploration géographique de l'enquête Santé Québec. Les Publications du Québec, 1990.

33. PÉRON, Y., STROHMENGER, C. Indices démographiques et indicateurs de santé des populations, présentation et interprétation. Ottawa: Statistique Canada, catalogue: 82-543F, 1985.

34. POIKOLAINEN, K., ESCOLA, J. The Effect of Health Services on Mortality: Decline of health rates from amenable and non-amenable causes in Finland. Lancet, 1986; 1: 199-202.

35. ROMEDER, J.M., McWHINNIE, J.R. Potential Years of Life Lost Between Ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. International Journal of Epidemiology 1977; 6(2): 143-151.

36. ROSS, D.P., SHILLINGTON, E.R. Données de base sur la pauvreté au Canada - 1989. Ottawa: Conseil canadien du Développement social, 1990.

BIBLIOGRAPHIE

37. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. Mortalité urbaine au Canada selon le niveau de revenu - Mortality by Income Level in Urban Canada. Ottawa, Ontario: Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-Être social Canada, 1980.

38. SANTÉ QUÉBEC. Et la santé ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993. Santé Québec, 1995.

39. SANTÉ QUÉBEC. Et la santé ça va en 1992-1993 ? Résultats régionaux de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Santé Québec et Direction de la santé publique, Régie régionale de l'Outaouais, 1995.

40. SEMENCIW, R. Correspondance personnelle, 1994.

41. SEMENCIW, R. Mortality Analysis Documentation. Ottawa: Santé Canada, version révisée de J.L. Houle, 1989.

42. SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE DÉVELOPPEMENT DE LA MAIN-D'OEUVRE DE L'OUTAOUAIS. Bulletin Régional sur le marché du travail. Outaouais. Premier trimestre 1995. Vol. 15, no. 1., 1994.

43. STATISTIQUE CANADA. Dictionnaire du recensement de 1981. Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1982.

44. STATISTIQUE CANADA ET SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA. Répartition géographique de la mortalité au Canada, Volume 3: mortalité en milieu urbain. Ministère des Approvisionnements et Services Canada. 1984.

45. SYME, S.L., BERKMAN, L.F. Social Class, Susceptibility, and Sickness. Am J Epidemiol, 1976; 104: 1-8.

46. URY, H.K., WIGGINS, A.D. Another shortcut method for calculating the confidence interval of a Poisson variable (or of a standardized mortality ratio). American Journal of Epidemiology 1985; 121: 197-198.

47. WILKINS, R., ADAMS, O., BRANCKER, A. Evolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986. Rapports sur la santé, 1989; 1(2): 137-174.

48. WILKINSON, R.G. Income Distribution and Life Expectancy. British Medical Journal, 1992; 304: 165-168.

49. WILKINSON, R.G. National mortality rates: the impact of inequality. American Journal of Public Health 1992; 82: 1082-1084.

50. WILKINSON, R.G. Socioeconomic Differences in Mortality:I Interpreting the data on their size and trends. In: Class and Health: Research and Longitudi-nal Data, Ed. R.G. Wilkinson. London: Tavistock, 1986.

51. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Social and Economic Differentials in Mortality in Developed Countries. In: World Population Trends and Policies, 1987 Monitoring Report. New York: Department of International Economic and Social Affairs. Population Studies No. 103 (ST/ESA/SER-.A/103). 1988, pp.394-411.

internet : *courriel :*

ANNEXES

Annexe 1 Indicateurs socio-économiques pour les régions métropolitaines de recensement (RMR) du Québec - Recensement 1986

	OUTAOUAIS URBAIN	CHICOUTIMI	MONTRÉAL	QUÉBEC	SHERBROOKE	TROIS-RIVIÈRE
Scolarité (% de moins de 9 ans)	18,9	19,5	21,1	18,4	20,8	22,4
Université (% de diplômés)	10,2	7,2	11,0	12,0	10,7	8,0
Taux d'activité (%)	69,5	59,2	64,8	64,5	64,8	59,5
Revenu ($) moyen median	18 752 16 209	17 874 13 462	18 375 14 182	17 992 14 292	16 253 12 328	16 218 11 328
Revenu familial($) moyen median	38 069 35 541	33 949 32 297	37 865 33 497	37 252 33 985	33 134 29 464	32 401 29 761
% Migration nette	2,4	-3,7	0,6	0,4	-0,02	-2,5
% faible revenu	18,1	19,6	21,5	19,1	22,7	23,1

Annexe 2 Causes de mortalité pour lesquelles l'Outaouais urbain présentait un excès par rapport au Québec (1984-1988)

	[illegible] HOMMES	[illegible] FEMMES
Toutes causes	1,14**	1,06**
TUMEURS MALIGNES Cancer du poumon Cancer colorectal Cancer prostate Cancer col utérus	1,18** 1,26** 1,17** 1,09	1,04 1,20 1,14 - 1,41
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE Maladies ischemiques du coeur	[illegible]	[illegible]
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF Cirrhose et alcoolisme	[illegible]	[illegible]
Suicide	[illegible]	[illegible]

*p < 0,05 **p < 0,01

Source : DSC de l'Outaouais, 1991

Population de référence : Canada 1971

ANNEXES

Annexe 3 Mortalité selon certains regroupements de municipalités urbaines et le sexe, 1979-1983

Région urbaine															
Outaouais urbain	ICM	1,16*	1,12*	1,30*	1,34*	1,23	1,06	1,45*	1,03	1,39*	1,93*	2,00*	1,40*	0,66	0,38
Montréal	ICM	1,08*	1,08*	1,14*	1,20*	1,21	1,11*	1,26*	1,10*	1,04	1,02	1,21*	0,95	0,64	0,62
Québec (ville)	ICM	1,11*	1,02*	1,10*	0,97	1,24*	1,02	1,41*	0,75	1,32*	1,07	1,51*	1,08	0,96	1,03
Sherbrooke	ICM	1,04*	1,02	1,05	1,05	1,08	0,99	1,23*	0,94	1,64*	1,21	1,12	0,85	0,71	1,22
Trois-Rivières	ICM	1,20*	1,13*	1,14*	1,06	1,25	1,05	1,49*	0,75	1,63*	1,36	1,34*	0,86	0,75	0,68
Chicoutimi	ICM	1,17*	1,26*	1,17*	1,29*	1,33*	1,12*	1,34*	1,32	2,03*	2,00*	0,86	0,63	1,10	1,77*

* Significativement élevé, p<.05

Source : Santé et Bien-être Canada et Statis-tique Canada

Population de référence : Canada 1976

Annexe 4 Définition d'une région métropolitaine de recensement selon Statistique Canada

Le concept général de région métropolitaine de recensement (RMR) s'applique à un noyau urbanisé très important ainsi qu'aux régions urbaines et rurales hautement intégrées à ce noyau sur le plan économique et social.

Le terme RMR désigne la principale zone du marché du travail d'une région urbaine (noyau urbanisé) comptant 100,000 habitants ou plus, d'après les chiffres de population du recensement précédent. Lorsqu'une région devient une RMR, elle continue de faire partie du programme même si, ultérieurement, elle subit une baisse de population.

(...)

Chaque RMR est constituée d'une subdivision de recensement (SDR) ou plus, répondant à au moins un des critères suivants :

(1)
La SDR se trouve entièrement ou en partie dans le noyau urbanisé;

(2)
au moins 50% de la population active occupée **demeurant** dans la SDR **travaille** dans le noyau urbanisé ;

(3)
au moins 25% de la population active occupée **travaillant** dans la SDR **demeure** dans le noyau urbanisé.

Tiré de *Régions métropolitaines de recensement, Dimensions, Recensement Canada 1986*. Statistique Canada, Ottawa, mars 1989, pages 93-156.

ANNEXES

Annexe 5 Régions métropolitaines de recensement (RMR) du Québec et municipalités composantes, 1986

RMR:Chicoutimi-Jonquière

Chicoutimi
Jonquière
La Baie
Lac Kenogami
Larouche
Laterrière
Saint-Fulgence
Saint-Honoré
Shipshaw
Tremblay

RMR:Sherbrooke

Ascot
Ascot-Corner
Brompton
Bromptonville
Deauville
Fleurimont
Hatley
Lennoxville
North-Hatley
Rock Forest
Saint-Denis-de-Brompton
Saint-Élie-D'Orford
Sherbrooke
Stoke

RMR:Hull-Ottawa (Québec)

Aylmer
Buckingham
Gatineau
Hull
Hull-Partie-Ouest
La Pêche
Masson
Pontiac
Val-des-Monts

RMR:Trois-Rivières

Bécancour
Cap-de-la-Madeleine
Champlain
Pointe-du-Lac
Saint-Louis-de-France
Saint-Maurice
Sainte-Marthe-du-Cap-de-la-Madeleine
Trois-Rivières
Trois-Rivières ouest
Wolinek

RMR:Montréal

Anjou
Baie-d'Urfé
Beaconsfield
Beauharnois
Beloeil
Blainville
Bois-des-Filions
Boisbriand
Boucherville
Brossard
Candiac
Carignan
Chambly
Charlemagne
Châteauguay
Côte-Saint-Luc
Delson
Deux-Montagnes
Dollard-des-Ormeaux
Dorion
Dorval
Greenfield Park
Hampstead
Hudson
Kahnawake
Kanesatake
Kirkland
L'Île Cadieux
L'Île Dorval
L'Île-Perrot
La Plaine
La Prairie
Lachenaie
Lachine
Lasalle
Laval
Le Gardeur
Lemoyne
Lery
Longueuil
Lorraine
Maple-Grove
Mascouche
McMasterville
Melocheville
Mercier
Mirabel
Mont-Royal
Mont-Saint-Hilaire
Montréal
Montréal-Est
Montréal-Nord
Montréal-Ouest
Notre-Dame-de-Bon-Secours
Notre-Dame-de-l'Île-Perrot
Oka
Oka 16
Otterburn-Park
Outremont
Pierrefonds
Pincourt
Pointe-Calumet
Pointe-Claire
Pointe-des-Cascades
Repentigny
Richelieu
Rosemère
Roxboro

RMR:Montréal (suite)

Saint-Amable
Saint-Basile-le-Grand
Saint-Bruno-de-Montarville
Saint-Constant
Saint-Eustache
Saint-Hubert
Saint-Isidore
Saint-Joseph-du-Lac
Saint-Lambert
Saint-Laurent
Saint-Lazare
Saint-Léonard
Saint-Mathias-sur-Richelieu
Saint-Mathieu
Saint-Mathieu-de-Beloeil
Saint-Philippe
Saint-Pierre
Saint-Placide
Saint-Raphaël-de-l'Île-Bizard
Saint-Sulpice
Sainte-Anne-de-Bellevue
Sainte-Anne-des-Plaines
Sainte-Catherine
Sainte-Geneviève
Sainte-Julie
Saint-Marthe-sur-le-Lac
Sainte-Thérèse
Senneville
Terrasse-Vaudreuil
Terrebonne
Varennes
Vaudreuil
Vaudreuil-sur-le-Lac
Verdun
Westmount

Québec

Beauport
Bernières
Cap-Rouge
Charlesbourg
Charny
Château-Richer
Fossambault-sur-le-Lac
L'Ancienne-Lorette
L'Ange-Gardien
Lac-Delage
Lac-Saint-Charles
Lac-Saint-Joseph
Lauzon
Lévis
Lévis-Lauzon
Loretteville
Notre-Dame-des-Anges
Pintendre
Québec
Saint-Augustin-de-Desmaures
Saint-David-de-L'Auberivière
Saint-Dunstan-du-lac-Beauport
Saint-Émile
Saint-Étienne-de-Beaumont
Saint-Étienne-de-Lauzon
Saint-François
Saint-Gabriel-de-Valcartier
Saint-Jean
Saint-Jean-Chrysostome
Saint-Jean-de-Boischatel
Saint-Joseph-de-la-Pointe de Lévy
Saint-Lambert-de-Lauzon
Saint-Laurent
Saint-Nicolas
Saint-Pierre
Saint-Rédempteur
Saint-Romuald
Sainte-Brigitte-de-Laval
Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier
Sainte-Famille
Sainte-Foy
Sainte-Hélène-de-Breakeyville
Sainte-Pétronille
Shannon
Sillery
Stoneham et Tewkesbury
Val-Bélair
Vanier
Village-des-Huron, Wendake

ANNEXES

Annexe 6 Seuils de faible revenu des unités familiales, 1985

Taille de l'unité familiale	Taille du secteur de résidence				
	500 000 et plus	100 000 - 499 999	30 000 - 99 999	Petites régions urbaines	Régions rurales
	Dollars de 1985				
1 personne	10 233	9 719	9 117	8 429	7 568
2 personnes	13 501	12 815	11 956	11 093	9 891
3 personnes	18 061	17 115	15 996	14 880	13 244
4 personnes	20 812	19 779	18 490	17 200	15 310
5 personnes	24 252	22 963	21 415	19 952	17 803
6 personnes	26 488	25 026	23 393	21 758	19 436
7 personnes +	29 155	27 606	25 801	23 994	21 415

Source : Statistique Canada

ANNEXES

Annexe 7 Secteurs de recensement d'Aylmer et de Hull, recensement 1986

Pour des raisons techniques, le graphique suivant n'est pas disponible en format pdf, mais vous pouvez vous les procurer sur demande.

Secteurs de recensement d'Aylmer et de Hull,recensement 1986

Source : Statistique Canada

ANNEXES

Annexe 8 Secteurs de recensement de Gatineau (partie sud), recensement 1986

Pour des raisons techniques, le graphique suivant n'est pas disponible en format pdf, mais vous pouvez vous les procurer sur demande.

Secteurs de recensement de Gatineau (partie sud), recensement 1986

Source : Statistique Canada

ANNEXES

Annexe 9 Taux de mortalité standardisés par strates de revenu, hommes, Outaouais urbain, causes de décès choisies, 1984-88

Cause						
Toutes causes	712,1	608,7	602,2	999,9	1 243,8	875,4
TUMEURS MALIGNES Poumon Colorectal Prostate	196,0 56,3 19,0 17,3	190,4 74,0 55,7 23,6	238,5 92,7 25,4 14,9	279,2 104,7 40,6 34,0	301,0 130,0 24,1 23,3	235,0 89,9 28,5 21,3
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE Maladies ischémiques Maladies cérébrovasculaires	300,9 206,1 27,0	320,9 214,4 36,8	334,5 230,5 25,5	399,1 260,9 42,2	501,9 323,3 51,3	359,1 236,0 34,7
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF Cirrhose et alcoolisme	16,8 11,4	28,2 10,7	41,7 18,6	21,5 13,0	51,6 24,8	33,0 15,7
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE Bronchite, asthme, emphysème	49,2 35,2	70,5 50,3	57,7 36,7	58,8 36,5	128,0 99,6	71,5 49,2
ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES Suicides Accidents de la circulation	66,2 17,9 16,8	95,1 31,7 30,4	52,4 19,6 8,9	88,5 24,6 22,4	114,0 48,0 23,7	76,5 25,4 19,4

Population de référence : Canada 1971

ANNEXES

Annexe 10 Taux de mortalité standardisés par quintiles de revenu, hommes, ensemble des RMR du Québec, causes de décès choisies, 1986

Cause						
Toutes causes	625,5	710,8	761,6	772,7	948,5	789,1
TUMEURS MALIGNES Poumon Colorectal Prostate	193,2 57,6 21,7 24,3	202,1 72,7 22,0 22,4	228,5 61,8 23,8 24,3	229,3 88,6 26,2 20,1	269,6 107,9 30,7 21,8	210,0 65,1 26,0 22,6
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE Maladies ischemiques Maladies cérébrovasculaires	276,8 169,4 35,9	306,0 199,5 38,3	324,1 205,6 37,8	334,4 197,2 44,1	361,9 229,7 48,2	321,1 204,3 42,0
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF Cirrhose et alcoolisme	21,3 9,6	18,2 7,2	26,0 13,8	29,5 15,9	42,0 24,5	28,9 15,0
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE Bronchite, asthme, emphyseme	52,2 26,0	56,1 31,6	51,5 35,0	61,5 37,9	78,9 47,0	62,7 37,1
ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES Suicides Accidents de la circulation	47,8 15,6 18,1	51,2 15,3 17,2	53,1 19,7 14,8	62,6 15,5 17,5	80,2 32,8 11,6	60,7 21,5 15,2

Population de référence : Canada 1971

ANNEXES

Annexe 11 Taux bruts d'APVP par strates de revenu, hommes, Outaouais urbain, causes de décès choisies, 1984-88

Cause						
Toutes causes	7 497,3	10 001,0	9 199,5	11 304,9	14 928,6	9 909,1
TUMEURS MALIGNES Poumon Colorectal Prostate	1 560,6 445,8 97,7 13,3	1 439,3 510,4 181,1 16,9	2 114,7 836,0 164,6 45,0	2 217,6 741,3 184,5 43,1	2 965,0 1 106,0 195,6 19,0	1 945,2 685,1 185,9 27,4
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE Maladies ischémiques Maladies cerebrovasculaires	1 731,0 1 283,8 167,3	2 119,4 1 558,2 228,9	2 384,5 1 991,2 141,7	2 857,4 2 173,0 229,1	4 006,9 3 606,7 459,8	2 408,7 1 851,7 220,1
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF Cirrhose et alcoolisme	187,6 150,9	218,9 180,1	678,7 285,0	353,7 171,8	567,7 418,9	300,6 228,0
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE Bronchite, asthme, emphysème	233,0 113,6	264,7 245,8	790,3 109,1	330,7 184,5	559,1 472,9	325,4 190,5
ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES Suicides Accidents de la circulation	2 474,60 837,4 807,7	4 115,4 1 315,4 1 597,0	2 390,6 852,0 616,5	3 346,4 1 079,6 1 168,8	4 500,2 2 175,7 979,7	3 159,9 1 171,9 966,6

ANNEXES

Annexe 12 Taux bruts d'APVP par quintiles de revenu, hommes, ensemble des RMR du Québec, causes de décès choisies, 1986

Cause	Taux bruts par 100 000 ; strate de revenu					
	1	2	3	4	5	TOTAL
Toutes causes	6 199,3	7 197,0	8 396,7	9 603,8	12 819,9	8 991,2
TUMEURS MALIGNES Poumon Colorectal Prostate	1 614,0 498,3 127,7 50,3	1 865,4 621,4 234,3 48,9	2 247,2 748,1 252,0 99,7	2 535,4 990,2 261,7 85,2	2 835,0 1 168,2 22,1 102,5	2 233,0 815,5 220,7 76,9
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE Maladies ischemiques Maladies cérébrovasculaires	1 478,3 1 007,9 151,6	1 832,3 1 281,0 194,2	2 301,2 1 626,4 225,3	2 734,7 1 891,8 298,3	3 183,9 2 104,5 393,6	2 323,5 1 598,4 252,3
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF Cirrhose et alcoolisme	186,7 120,8	199,1 126,5	297,3 237,1	291,0 250,4	507,2 410,0	301,6 230,9
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE Bronchite, asthme, emphysème	162,2 73,6	236,0 107,1	247,3 136,0	310,3 203,1	495,8 291,7	289,3 161,7
ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES Suicides Accidents de la circulation	1 760,2 603,4 628,9	1 856,2 636,0 693,3	1 918,3 794,3 596,6	2 393,4 888,5 790,4	3 231,3 1 523,7 443,5	2 303,3 928,9 649,2

ANNEXES

Annexe 13 Taux de mortalité standardisés par strates de revenu, femmes, Outaouais urbain, causes de décès choisies, 1984-1988

Cause	Taux standardisés par 100 000 strate de revenu					
	1	2	3	4	5	6
Toutes causes	413,1	496,3	424,6	50.65	482,2	452,3
TUMEURS MALIGNES	113,6	127,6	114,1	127,1	142,3	124,4
Poumon	18,8	21,2	16,4	16,6	33,4	20,8
Colorectal	16,9	26,5	25,1	21,9	22,5	23,1
Sein	28,4	31,2	16,6	24,5	20,2	22,9
Utérus	3,5	4,3	4,2	8,2	8,4	5,6
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	176,9	212,9	172,1	226,9	162,2	187,9
Maladies ischémiques	100,1	111,4	101,2	115,6	110,7	103,4
Maladies cérébrovasculaires	33,2	42,5	34,5	55,6	28,9	37,3
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	18,2	20,5	28,5	8,0	29,2	21,3
Cirrhose et alcoolisme	2,0	1,3	8,6	3,2	14,1	5,9
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	22,1	29,9	26,4	29,9	23,3	26,1
Bronchite, asthme, emphysème	10,5	16,3	12,1	12,7	9,4	11,8
ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	30,0	26,4	16,5	32,2	33,6	25,9
Suicides	4,3	3,5	0,8	8,6	5,1	6,6
Accidents de la circulation	13,6	9,1	2,2	8,0	11,0	7,6

Population de référence : Canada 1971

internet :

courriel :

ANNEXES

Annexe 14 Taux de mortalité standardisés par quintiles de revenu, femmes, ensemble des RMR du Québec, causes de décès choisies, 1986

Cause						
Toutes causes	383,2	404,9	419,3	421,3	463,0	426,7
TUMEURS MALIGNES	117,4	131,8	131,8	125,6	134,3	130,2
Poumon	12,7	18,2	21,1	22,0	24,6	20,5
Colorectal	17,8	25,3	19,2	19,4	18,7	19,8
Sein	24,4	26,7	27,2	26,3	26,7	26,7
Uterus	5,5	5,2	5,8	5,1	7,4	5,9
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	148,8	169,3	173,0	179,1	196,0	179,4
Maladies ischémiques	77,2	87,1	93,6	94,8	111,5	96,7
Maladies cérébrovasculaires	28,7	34,7	32,4	35,9	24,6	34,3
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	13,4	17,6	13,3	12,4	18,5	15,1
Cirrhose et alcoolisme	3,2	4,0	4,8	3,6	5,6	4,3
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	25,5	23,9	22,5	20,5	24,7	23,5
Bronchite, asthme, emphysème	11,6	9,5	9,3	9,2	10,8	10,4
ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	26,1	17,3	24,5	22,4	29,1	24,1
Suicides	6,2	4,3	4,8	6,5	10,6	6,4
Accidents de la circulation	8,9	5,3	6,3	4,9	3,0	5,8

Population de référence : Canada 1971

ANNEXES

Annexe 15 Taux bruts d'APVP par strates de revenu, femmes, Outaouais urbain, causes de décès choisies, 1984-88

Cause						
Toutes causes	3 570,3	4 486,6	3 930,5	4 081,2	6 401,3	4 552,4
TUMEURS MALIGNES	1 307,3	1 466,0	1 240,9	1 267,2	1 929,1	1 401,4
Poumon	237,0	300,0	214,9	150,5	599,1	275,6
Colorectal	129,5	152,6	178,4	96,8	146,9	148,6
Sein	244,1	392,8	245,0	308,4	283,7	287,4
Utérus	53,7	42,3	67,3	169,8	146,9	90,0
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	486,6	787,6	766,6	1 422,7	1 592,0	880,2
Maladies ischémiques	265,4	383,5	441,3	664,4	1 126,4	498,3
Maladies cerebrovasculaires	156,4	153,6	181,3	371,0	201,9	197,9
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	217,2	106,2	129,7	90,9	504,0	188,5
Cirrhose et alcoolisme	28,4	25,8	102,5	50,7	342,1	90,4
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	47,4	67,0	64,5	369,5	125,2	109,7
Bronchite, asthme, emphysème	24,8	27,8	42,3	68,5	31,7	39,8
ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	832,5	678,4	613,3	969,8	949,5	772,7
Suicides	222,7	170,1	266,1	318,8	237,0	268,0
Accidents de la circulation	255,9	373,2	109,6	272,6	377,1	254,6

ANNEXES

Annexe 16 Taux bruts d'APVP par quintiles de revenu, femmes, ensemble des RMR du Québec, causes de décès choisies, 1986

Cause						
Toutes causes	3 887,3	3 590,4	4 588,5	4 983,1	6 133,5	4 686,2
TUMEURS MALIGNES	1 557,9	1 501,0	1 802,2	1 932,3	2 053,6	1 784,9
Poumon	173,2	197,6	325,7	364,0	400,3	293,4
Colorectal	124,0	140,9	166,9	241,7	210,4	181,3
Sein	431,2	405,7	467,3	432,9	460,0	446,3
Utérus	81,7	56,7	84,4	73,1	138,8	68,3
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	526,5	671,9	887,0	1 030,0	1 385,9	919,3
Maladies ischémiques	273,0	327,3	427,9	546,1	801,8	434,3
Maladies cérébrovasculaires	104,7	216,9	221,6	204,0	263,3	204,3
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF	88,5	130,1	148,4	115,6	259,4	149,1
Cirrhose et alcoolisme	39,9	66,0	85,0	56,6	109,6	72,2
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	53,6	96,0	105,3	180,6	166,1	121,7
Bronchite, asthme, emphyseme	32,4	58,0	44,3	92,0	72,2	60,9
ACCIDENTS, EMPOISONNEMENTS, TRAUMATISMES	748,3	548,1	754,4	649,2	956,9	742,5
Suicides	231,2	162,1	170,6	233,2	459,4	251,0
Accidents de la circulation	351,5	198,1	247,5	181,3	113,9	222,0